CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

MÉDECINE LÉGALE,

TENU AUX TUILERIES, LES 12, 13 ET 14 AOÛT 1878.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE.

EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1878, A PARIS.

CONGRÈS ET CONFÉRENCES DU PALAIS DU TROCADÉRO.

COMPTES RENDUS STÉNOGRAPHIQUES

PUBLIÉS SOUS LES AUSPICES

DU COMITÉ CENTRAL DES CONGRÈS ET CONFÉRENCES

ET LA DIRECTION DE M. CH. THIRION, SECRÉTAIRE DU COMITÉ,

AVEC LE CONCOURS DES BUREAUX DES CONGRÈS ET DES AUTEURS DE CONFÉRENCES.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

MÉDECINE LÉGALE,

TENU AUX TUILERIES, LES 12, 13 ET 14 AOÛT 1878.

N° 14 de la Série.

PARIS.

IMPRIMERIE NATIONALE.

M DCCC LXXIX.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

MÉDECINE LÉGALE,

TENU AUX TUILERIES, LES 12, 13 ET 14 AOÛT 1878.

ARRÊTÉ

DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE

AUTORISANT LE CONGRÈS.

Le Ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de Conférences et de Congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878;

Vu le Règlement général des Conférences et Congrès;

Vu l'avis du Comité central des Conférences et Congrès,

Arrête :

Article premier. Un Congrès international de médecine légale est autorisé à se tenir aux palais du Trocadéro ou des Tuileries les 12, 13 et 14 août 1878.

Art. 2. M. le Sénateur, Commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 août 1878.

Le Ministre de l'agriculture et du commerce,

TEISSERENC DE BORT.

ORGANISATION DU CONGRÈS.

COMITÉ D'ORGANISATION.

Le Congrès international de médecine siégeant à Bruxelles en 1875 a, dans sa section de médecine légale, émis le vœu qu'un Congrès spécial international de médecine légale fût institué à Paris.

Ladite section a chargé son président, le Dr Louis Laussedat, de transmettre ce vœu à la Société de médecine légale de Paris.

Un Comité chargé de l'organisation du Congrès a été composé de la manière suivante :

Président d'honneur :

M. le Dr Devergie.

Président :

M. Hémar, avocat général.

Vice-présidents :

MM. le Dr Devilliers.
Lefort (Jules), chimiste.

Secrétaire général :

M. le Dr T. Gallard.

Secrétaires :

MM. Delastre, avoué à la Cour.
le Dr Riant.

Archiviste :

M. le Dr Ladreit de la Charrière.

Trésorier :

M. Mayet, pharmacien chimiste.

Membre correspondant :

M. le Dr Laussedat, député.

PROGRAMME PROVISOIRE

DES QUESTIONS À EXAMINER PAR LE CONGRÈS.

I. Des experts en médecine et de l'expertise médico-légale.

II. De la valeur des ecchymoses sous-pleurales en médecine légale.

III. Les paupières se ferment-elles spontanément après la mort, et dans quelles conditions ?

IV. De l'intervention du médecin expert dans les questions de blessures, plaies et fractures du crâne.

V. Questions médico-légales relatives à l'emploi des anesthésiques (conditions requises pour avoir le droit de les employer. — Précautions indispensables.— Responsabilité en cas de mort ou d'accidents graves.— Crimes commis pendant le sommeil anesthésique, etc. etc.).

VI. Questions médico-légales se rapportant à la question de séparation de corps.

VII. De la viabilité.

VIII. De la survie.

IX. Questions médico-légales pouvant être soulevées à l'occasion des assurances sur la vie.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL DU CONGRÈS.

ARTICLE PREMIER.

A l'occasion de l'Exposition universelle, la *Société de médecine légale de France* se réunira en session extraordinaire les 12, 13 et 14 août 1878.

ART. 2.

Les personnes étrangères à la Société qui voudraient prendre part aux travaux de cette session en feront la demande au bureau, en lui indiquant le sujet qu'elles se proposent de traiter et les conclusions qu'elles ont l'intention de tirer de leur travail.

La réponse du bureau leur sera transmise dans les cinq jours qui suivront la réception de la demande, qui devra être adressée au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

ART. 3.

Les travaux de la session se composeront des matières qui font l'objet spécial de l'institution de la Société, c'est-à-dire de sujets relatifs à la science de la médecine légale et aux questions de droit qui s'y rattachent.

ART. 4.

Le programme définitif en sera arrêté par le bureau et publié avant le 1er août.

Les membres de la Société et les personnes étrangères devront faire connaître au bureau le titre de leurs communications avant le 25 juillet, afin que l'ordre du jour de chacune des séances puisse être arrêté en temps utile et communiqué à tous les adhérents.

ART. 5.

Une communication ou un discours ne pourra durer plus de vingt minutes, à moins que l'assemblée, consultée, n'en décide autrement.

ART. 6.

Les séances se tiendront au palais des Tuileries (pavillon de Flore).

Elles auront lieu à deux heures.

Elles seront publiques pour les médecins, les chimistes, les avocats et les magistrats qui voudront bien y assister.

Elles seront présidées par M. le Dr Devergie, président d'honneur de la Société.

Le bureau, élu par la Société pour l'année 1878, continuera de remplir ses fonctions; seulement, en raison des circonstances, deux secrétaires supplémentaires lui seront adjoints pour toute la durée de la session.

ART. 7.

Il n'est exigé aucune cotisation des membres adhérents.

Le bureau offrira, à titre de souvenir, un jeton d'argent à tous les adhérents, autres que les membres titulaires de la Société, qui auront pris part aux travaux de cette session.

LISTE GÉNÉRALE DES ADHÉRENTS.

MM. Allix (Émile), docteur en médecine.
Andant, docteur en médecine, à Dax.
Andral (Paul), vice-président du Conseil d'État.
Andrieux, docteur en médecine.
Augé, docteur en médecine, à Pithiviers.
Autellet, docteur en médecine, à Civray.
Auzouy, docteur en médecine, à Pau.
Bahuand, docteur, à Angers.
Bardy-Delisle, docteur en médecine, à Périgueux.
Barquissau, docteur en médecine, à Saint-Denis (île de la Réunion).
Barthélemy (de), préfet de Seine-et-Oise.
Baudouin, docteur en médecine.
Bazaz, avocat.
Beauvais (de), médecin de la prison Mazas.
Benoist, docteur en médecine, à Saint-Nazaire.
Béraud, docteur en médecine, à Carpentras.
Berchon, médecin, inspecteur du service sanitaire de la marine, à Pauillac.
Berlingeri, docteur en médecine, à Bastia.
Bertrand, docteur en médecine, à Alger.
Bidard, chimiste, à Rouen.
Bijon, docteur en médecine, à Quimperlé.
Billod, médecin, directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Binault, professeur à l'École de médecine, à Lille.
Blanche, membre de l'Académie de médecine.
Boissarie, docteur en médecine, à Sarlat.
Bonafos, docteur en médecine, à Perpignan.
Bonneau, docteur en médecine, à Mantes.
Bonnet, docteur en médecine, à Valence.
Boudet (Henri), substitut du procureur de la République.
Breda, docteur en médecine.
Brierre de Boismont, docteur en médecine, à Saint-Mandé.
Brunet, médecin en chef de l'asile des aliénés, à Dijon.
Buchère, conseiller à la Cour d'appel.
Bulart, docteur en médecine.
Carret, docteur en médecine.
Carret (neveu), docteur en médecine, à Chambéry.
Catorel, docteur en médecine.

MM. Caussé, médecin du parquet, à Albi.
Cazelles, préfet du département de la Creuse.
Cazin, docteur en médecine, à Boulogne.
Champouillon, docteur en médecine, ancien médecin principal de l'armée, ex-professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.
Chantreuil, professeur agrégé de la Faculté de médecine.
Charbonnier, docteur en médecine, à Saint-Calais.
Charpentier (D.-Paul), docteur en médecine, à Meaux.
Charpentier (L.-A.-Alph.), agrégé de la Faculté de médecine.
Chaudé (Ernest), avocat.
Chauveau, secrétaire de la Société médico-légale, à New-York.
Chevallier, professeur honoraire à l'École de pharmacie, membre de l'Académie de médecine.
Choppin, avocat.
Choppin d'Arnouville, avocat général.
Cocheteux, docteur en médecine, à Valenciennes.
Comby, avocat.
Cornil (V.), député, médecin des hôpitaux, agrégé.
Cruveilhier (Édouard), chirurgien de la maison de santé, agrégé.
Cucuel, docteur en médecine, à Montbéliard.
Danner, docteur en médecine, à Tours.
Daremberg, docteur en médecine.
Debrou, avocat à la Cour de cassation.
Decaisne, docteur en médecine.
Declosmadeuc, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Vannes.
Defaucamberge, docteur en médecine, à Gien.
Delastre, avoué à la Cour d'appel.
Delpech, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker.
Demange, avocat.
Deperret-Muret, docteur en médecine, à Limoges.
Desnos, médecin des hôpitaux.
Devergie (Alph.), ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.
Devilliers (C.), membre de l'Académie de médecine.
Dieu, docteur en médecine, à Dunkerque.
Dieulafait, professeur de physique, à Toulon.
Dionis, docteur en médecine, à Auxerre.
Doumerc, avocat.
Dubarry, docteur en médecine, à Condom.
Duchesne, avocat.
Duguet, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.
Dumesnil, médecin de l'asile de convalescence de Vincennes.
Duplouy, docteur en médecine, à Rochefort.
Ernoul, ancien garde des sceaux, ministre de la justice, professeur à la Faculté de droit de Poitiers.
Évrard, docteur en médecine, à Beauvais.

MM. Falret (Jules), médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faure-Miller, docteur en médecine, représentant le journal anglais *The Lancet.*
Ferrand (A.), médecin de l'hospice des Incurables.
Finelle (Thomas), ancien président de la Société médico-légale de New-York.
Fourchy, avocat général.
Fournier (A.), agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Fournier, docteur en médecine, à Angoulême.
Fraboulet, juge d'instruction, à Saint-Brieuc.
Français, docteur en médecine, à Lyon.
Fredet, docteur en médecine, à Clermont-Ferrand.
Gaillard, docteur en médecine, à Parthenay.
Galezowski, docteur en médecine.
Galippe, docteur en médecine.
Gallard (Léon), avocat.
Gallard (T.), médecin de l'hôpital de la Pitié.
Gauché, interne des hôpitaux.
Gavarret, professeur à la Faculté de médecine.
Gériolami, à Rome.
Goujon, docteur en médecine.
Graciette, docteur en médecine, à Toulouse.
Grassi, docteur en médecine, agrégé libre de l'École supérieure de pharmacie.
Grósz (de), de Buda-Pesth, délégué du Gouvernement hongrois.
Gubler, professeur à la Faculté de médecine.
Guerrier, avocat.
Hallé, docteur en médecine.
Hanser, docteur en médecine.
Hemey, docteur en médecine.
Herbelot (d'), avocat général.
Heulard d'Arcy, à Clamecy.
Horteloup (Émile), avocat à la Cour de cassation.
Horteloup (Paul), chirurgien de l'hôpital du Midi.
Hottenier, docteur en médecine.
Houzé de l'Aulnoit, docteur en médecine, à Lille.
Houzelot, docteur en médecine, à Meaux.
Huard de Verneuil, procureur de la République.
Hurel, docteur en médecine, aux Andelys.
Jacquemet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
Jaglin, docteur en médecine.
Jarrit-Delille, ancien député, à Guéret.
Jaumes, professeur de médecine légale, à Montpellier.
Jeannel (J.-J.), professeur à la Faculté libre de Lille, ex-inspecteur du service de santé de l'armée.
Laborde, inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine.

MM. La Caille, juge au tribunal de la Seine.
Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Ladreit de la Charrière, médecin en chef de l'Institution des sourds-muets.
Laforest, docteur en médecine.
Lagardelle, docteur en médecine, à Moulins.
Lagneau (Gustave), membre de l'Académie de médecine.
Laguesse, docteur en médecine, à Dijon.
Lallement, professeur, à Nancy.
Lambe, docteur en médecine.
Landouzy, docteur en médecine.
Larondelle, à Verviers.
Lasègue (Ch.), professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.
Laurent, médecin en chef de l'asile des aliénés, à Fains.
Laussedat (Louis), docteur en médecine, député de Moulins.
Lavirotte, docteur en médecine, à Lyon.
Leans, docteur en médecine.
Lebaigue, chimiste.
Le Blond, docteur en médecine, médecin adjoint de Saint-Lazare.
Lecadre, docteur en médecine.
Lefort (J.), pharmacien, membre de l'Académie de médecine.
Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Legroux, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.
Léon, avocat.
Lemariey, docteur en médecine, à Pont-Audemer.
Lepère, sous-secrétaire d'État au Ministère de l'intérieur.
Liegey, docteur en médecine, à Choisy.
Liouville (H.), député, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine.
Longuet, docteur en médecine, à Bourges.
Lunier, inspecteur général des aliénés.
Lutaud, docteur en médecine, médecin adjoint de Saint-Lazare.
Luys (G.), médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie.
Magitot, docteur en médecine.
Mandl (L.), docteur en médecine.
Manuel, avocat général.
Marais, substitut du procureur de la République, au Havre.
Marchand, médecin en chef de l'asile des aliénés, à Toulouse.
Mariau, docteur en médecine.
Marquesy, docteur en médecine, à Neufchâtel-en-Bray.
Marquez, docteur en médecine, à Belfort.
Masbremier, docteur en médecine, à Melun (Seine-et-Marne).
Mascarel, docteur en médecine, à Chatellerault.
Mayet, pharmacien chimiste.
Mialhe, membre de l'Académie de médecine.

MM. Millard, médecin des hôpitaux.
Mingarelli, à Ploesci (Roumanie).
Molur, docteur en médecine.
Morbdieu, docteur en médecine, à Saint-Palais.
Motet (A.), docteur en médecine.
Mouton, avocat.
Muscrave Clay, interne des hôpitaux.
Napias, docteur, secrétaire général de la Société de médecine publique.
Napias, avocat.
Nice, docteur en médecine.
Olier (d'), docteur en médecine, à Orléans.
Ordronaux, professeur, à New-York.
Paris, avocat.
Paris (Amédée), docteur en médecine, à Angoulême.
Patouillet, avocat.
Pauffin, juge d'instruction.
Penant, docteur en médecine, à Vervins.
Penard (Louis), docteur en médecine, à Versailles.
Perla Nicolla, à Naples.
Petit, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes.
Picot, membre de l'Institut, directeur des affaires criminelles et des grâces au Ministère de la justice, délégué du Ministère de la justice.
Pisani, de Malte.
Plantier, docteur en médecine, à Alais.
Polaillon, chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine.
Polichromie, de Bucharest.
Posada Arango, à la Nouvelle-Grenade.
Postel, docteur en médecine, à Caen.
Pradine, substitut au tribunal.
Raynal, membre de l'Académie de médecine, professeur-directeur de l'École vétérinaire d'Alfort.
Rendu, docteur en médecine.
Riant, médecin de l'École normale.
Ribell, docteur en médecine, à Toulouse.
Ricklin, docteur en médecine.
Ricord, ancien chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine.
Rigal, docteur en médecine, à Gaillac.
Rocher, avocat.
Rothschild (James de), avocat.
Rottenstein, docteur en médecine.
Saignat, professeur à la Faculté de droit de Bordeaux.
Saint-Pierre, professeur agrégé, à Montpellier.
Sandreux, docteur en médecine.
Sannicola, d'Aversa.
Santos (de), délégué du Gouvernement espagnol.

MM. Schleisner, de Copenhague.
Sentex, docteur en médecine, à Saint-Sever.
Soleau, docteur en médecine.
Soligman, docteur en médecine.
Sorre, docteur en médecine, à Saint-Malo.
Steimberg-Valdemer, de Copenhague.
Subert, docteur en médecine, à Nevers.
Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité, membre de l'Académie de médecine.
Taylor, de Londres.
Tenneson, docteur en médecine.
Thonion, docteur en médecine, à Annecy.
Thévenot, docteur-médecin.
Tirman, docteur en médecine, à Charleville.
Tonino, à Turin.
Trélat, professeur de la Faculté, membre de l'Académie.
Trochon, procureur de la République, à Mortain.
Turquet, député.
Valery-Meunier, docteur en médecine, à Pau.
Vaney, conseiller à la Cour d'appel de Paris.
Vauréal (de), docteur en médecine.
Vautrain, avocat, ancien président du conseil municipal de Paris.
Verione, docteur en médecine.
Vigneau, docteur en médecine, à Bazas.
Villard, docteur en médecine, à Guéret.
Vincent, docteur en médecine, à Guéret.
Vleminckx, membre de l'Académie royale de médecine de Bruxelles.
Voyet, docteur en médecine, à Chartres.
Worms (Jules), médecin de la Préfecture de la Seine.
Wurtz, membre de l'Institut, ancien doyen de la Faculté de médecine.
Zandyck, docteur en médecine, à Dunkerque.

COMPOSITION DU BUREAU DU CONGRÈS.

Président :

M. le Dr Devergie, président d'honneur de la Société de médecine légale.

Vice-présidents :

MM. le Dr Devilliers, vice-président de la Société de médecine légale.
le Dr Louis de Grósz, membre du conseil supérieur d'hygiène, à Buda-Pesth (Autriche-Hongrie).

MM. le Dr Lunier, inspecteur général du service des aliénés de France.
le Dr Vleminckx, membre du conseil d'hygiène et de l'Académie de médecine de Belgique.

Secrétaire général :

M. le Dr Gallard (T.), secrétaire général de la Société de médecine légale, médecin des hôpitaux de Paris.

Secrétaires des séances :

MM. le Dr Lutaud, médecin adjoint de Saint-Lazare.
le Dr Laforest.

SÉANCE DU LUNDI 12 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. DEVERGIE.

Sommaire. — Discours de M. Devergie, président. — Communication de M. Gallard, secrétaire général. — Des experts en justice, par M. Devergie; discussion: MM. Daremberg, Devergie, Gubler, Laborde, Léon, Galippe, de Grósz. — Sur l'organisation du service médico-légal en Hongrie : M. de Grósz. — Sur le choix des experts : MM. Vleminckx, Vigneau, Gallard, Paris. — Vœu proposé par M. Devergie; renvoi à la Société de médecine légale. — Proposition de M. Jeannel ayant pour but de Consacrer aux études anatomiques les cadavres des supplicités; discussion : MM. Lacassagne, Gubler, Devergie. — Législation relative aux aliénés en Hongrie, par M. de Grósz. — La valeur et la signification médico-légale des ecchymoses sous-pleurales, par M. Legroux; discussion : MM. Gubler, Legroux, Laborde, Vleminckx, Laforest, Chantreuil, Lacassagne, Devergie, Gallard, Comby, de Grósz ; renvoi d'un vœu à la Société de médecine légale.

La séance est ouverte à deux heures.

M. Devergie, *président,* prononce l'allocution suivante :

Messieurs, avant d'ouvrir la séance, je tiens à remercier toutes les personnes étrangères à la Société de médecine légale qui ont bien voulu assister à notre session extraordinaire. J'adresse surtout ces remerciements, au nom de la France, aux délégués des divers Gouvernements, à ceux qui sont venus spontanément nous donner leur concours, et tout particulièrement à un certain nombre de magistrats auxquels nous avions adressé, non pas des lettres de convocation, mais des lettres de politesse, et qui ont tenu cependant à faire acte de présence, témoignant ainsi de l'intérêt qu'ils portent à la médecine légale, qui est appelée, comme par le passé, à rendre des services à la société.

Maintenant, j'ai besoin de vous édifier sur la qualification de « Congrès » qui nous a été donnée. Je tiens à le faire, parce que la Société de médecine légale est essentiellement laborieuse et simple dans ses allures.

Voici ce qui est arrivé. Le 8 janvier 1877, M. Laussedat, ancien président de la section d'hygiène et de médecine légale au Congrès de Bruxelles, est venu nous exprimer un vœu émanant de tous les membres du Congrès,

tendant à ce que la Société de médecine légale, séant à Paris, tînt, à l'occasion de l'Exposition, un Congrès international. Ce vœu a été accueilli comme il devait l'être, et la Société a invité son bureau à s'occuper de la question.

Plus d'une année s'est écoulée; l'Exposition universelle s'est ouverte, et alors, non seulement dans les journaux de médecine, mais dans toute la presse, on a vu annoncer une foule de congrès. On en compte aujourd'hui trente-six ou trente-sept, et il y en aura peut-être d'autres encore.

En présence de ces congrès, le bureau s'est demandé si la Société de médecine légale, qui n'embrasse qu'une branche de la médecine, devait aussi s'ériger en *Congrès international.* Il ne l'a pas pensé, et alors il a proposé à la Société, pour répondre au vœu exprimé par le Congrès de Bruxelles, de faire une session extraordinaire de trois jours au mois d'août.

Cette proposition a été adoptée, et voilà qui était entendu. Mais il fallait trouver un local.

Or, nous siégeons à la cinquième chambre du Tribunal de première instance, grâce au bon vouloir de M. le président Aubépin. Tous les seconds lundis du mois, nous tenons séance; mais les autres jours de la semaine nous ne pouvons pas nous y réunir, attendu qu'elle est occupée par le Tribunal. MM. Hémar et d'Herbelot ont fait des démarches très vives pour obtenir un autre local dans le Palais de justice; tout était occupé.

Dans cet état de choses, nous étions sans asile. Nous ne voulions pas aller au Trocadéro ; nous aurions été perdus dans ces salles immenses! Alors nous nous sommes adressés au Ministre de l'agriculture et du commerce, et nous sommes venus aux Tuileries. Le représentant du Gouvernement a accueilli très favorablement notre demande et a mis cette salle à notre disposition. Cependant il y a posé une condition, c'est que nous prendrions, non pas le nom de Session, mais le nom de Congrès. Il a donc fallu adopter cette dénomination, et voilà comment nous sommes constitués en Congrès. C'est assez vous dire que l'intention de la Société n'était pas de se constituer ainsi.

Voilà ce que je tenais à vous dire, parce que nous sommes une Société uniquement occupée à élucider toutes les questions de médecine légale. même celles qui touchent à la législation, attendu qu'elle possède dans son sein cinq avocats généraux et un assez grand nombre d'avocats de grand mérite.

Maintenant je donne la parole à M. le Secrétaire général.

M. Gallard, *secrétaire général*, dépose sur le bureau :

1° La délibération de la Société de médecine légale de France et le règlement pour la session extraordinaire internationale;

2° Le numéro du *Journal officiel* contenant l'arrêté de M. le Ministre de l'agriculture et du commerce qui autorise le Congrès de médecine légale;

3° Une lettre de M. le Ministre de la justice qui désigne comme délégué au Congrès M. Picot, membre de l'Institut, directeur des affaires criminelles et des grâces au Ministère de la justice; une lettre de M. Lepère, sous-secrétaire d'État au Ministère de l'intérieur; une lettre de M. de Watteville, directeur des sciences et des lettres au Ministère de l'instruction publique;

Les lettres de MM. les ambassadeurs qui répondent aux invitations faites par les organisateurs du Congrès aux Gouvernements étrangers : MM. les ambassadeurs d'Angleterre, d'Italie, d'Espagne, d'Autriche-Hongrie, de Suède et Norvège, de Danemark, des Pays-Bas, de Grèce, de Portugal, de Suisse;

Enfin, les lettres de M. le doyen de la Faculté de droit de Poitiers, de M. le doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille; une lettre de M. le Dr Semal, de Bruxelles, à qui l'invitation est parvenue trop tard pour qu'il puisse, comme il le désirait, venir au Congrès.

M. le Président. La séance réelle est ouverte, et je vous demande la permission d'inaugurer les travaux du Congrès en vous donnant lecture d'un travail sur les **Experts en justice.**

Comme je parlerai le premier, je prie M. de Grósz de vouloir bien me remplacer, à titre de vice-président, au cours de la discussion qui pourra suivre ma communication.

M. Devergie, *président*, lit le mémoire suivant :

DES EXPERTS EN JUSTICE

ET DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE.

Ce n'est pas sans préoccupations que j'aborde le sujet que je vais traiter devant vous. Il touche, en effet, non seulement aux hommes de science, mais encore à la magistrature, pour laquelle je professe d'ailleurs une respectueuse considération. Je veux m'occuper des experts en justice et de l'expertise médico-légale.

J'ai longtemps hésité; mais d'abord mon âge me met à l'abri de tout sentiment d'envie ou d'ambition ; puis j'ai parcouru pendant de longues années la carrière du médecin légiste, j'ai assisté à des luttes de tout genre; enfin aujourd'hui, et c'est là le principal motif de ma détermination, l'expertise médico-légale est entourée d'une atmosphère malfaisante dont il est temps de la faire sortir pour rendre à l'honorabilité et à la conscience avec lesquelles elle procède la considération qui lui est due.

PREMIÈRE PARTIE.

Et d'abord, qu'est-ce qu'un expert en justice? C'est un homme de science, d'art ou de profession quelconque qui est désigné par un tribunal ou par un magistrat pour observer et élucider des faits dont la magistrature ne peut pas

connaître et dont elle ne saurait déduire les conséquences qui peuvent éclairer la recherche de la vérité.

Quelque érudit, quelque sagace que soit un juge d'instruction, il est impuissant en certaines matières. Et comment pourrait-il en être autrement? Les plus hautes capacités intellectuelles ne peuvent tout embrasser; elles ont leur limite, parce que les sciences et les arts ont pris une telle extension, ont fait de tels progrès, que l'esprit humain est obligé de se restreindre dans la connaissance de quelques-unes d'entre elles.

Un expert commis par la justice agit toujours sous la foi d'un serment : « *Vous jurez de remplir la mission qui vous est confiée en votre honneur et conscience.* »

Est-il alors un agent de l'accusation ou de la défense? Non. Il est lui-même; il descend dans sa conscience et cherche la vérité.

Quelle est la cause de la mort de tel ou tel individu? S'est-il suicidé ou y a-t-il eu homicide? Tel enfant a-t-il été l'objet de violences ou de manœuvres capables de donner la mort? S'agit-il d'un attentat à la pudeur, avec ou sans violences? Telle est la formule générale des questions qui sont soumises aux médecins *avant même, le plus souvent, qu'il existe un inculpé.* Car, pour établir une accusation, il faut un corps de délit. Il n'y a donc que dans les cas de flagrant délit, ou dans ceux de rumeur publique où le juge d'instruction opère immédiatement une arrestation, que la commission rogatoire délivrée au médecin se trouve précédée de l'existence d'un accusé.

Telle est la situation du médecin légiste au début de l'instruction.

Ce n'est pas que, de son rapport, doive nécessairement découler la culpabilité ou la non-culpabilité de l'individu mis en état de suspicion. L'expertise judiciaire n'est qu'un des agents de discernement d'une instruction; car dans certains cas, en dehors des documents de l'expertise, les actes moraux ou matériels acquis par la justice peuvent donner la preuve certaine du crime.

Ai-je besoin de vous rappeler à cet égard des procès célèbres où l'expertise médico-légale a été impuissante à donner les preuves matérielles d'un empoisonnement? Et cependant, l'opinion publique a-t-elle jamais mis en doute la culpabilité des Castaing, des La Pommerais et d'autres?

Si l'expertise médico-légale n'est qu'un des éléments de l'instruction, cet élément a sa toute-puissance quand il est affirmatif, car il fournit, dans beaucoup de cas, la preuve du crime.

Nous avons fait connaître l'origine des expertises judiciaires; faisons connaître les origines des experts.

A Paris et dans les grandes villes de France, le président du Tribunal de première instance, avec le concours du procureur de la République, dresse une liste des experts médecins, chirurgiens, chimistes, ainsi que des personnes qui peuvent appartenir à tous autres arts ou professions.

Pour être inscrit sur ces listes, on en fait généralement la demande.

Il est bien probable, il est même certain qu'avant de donner le titre d'expert à ceux qui se présentent, ces magistrats s'enquièrent de la moralité, du savoir et de la capacité du demandeur. Ce seront la position de professeur dans une Faculté, une École de pharmacie ou dans une École secondaire de médecine;

le titre de médecin d'hôpital; les antécédents scientifiques à l'exercice de la médecine, tels que le titre d'interne dans les hôpitaux, des prix ou récompenses obtenus dans des académies ou des facultés, etc. etc., qui dirigent probablement les choix.

Certes, ce sont là des garanties, en ce qui concerne les connaissances générales; mais quant aux connaissances spéciales en médecine légale, elles n'existent que pour les professeurs de cette science.

N'y a-t-il pas là une lacune dans ces usages judiciaires? Ne serait-il pas à désirer que certains candidats fissent preuve, d'une manière ou d'une autre, de leurs capacités en médecine légale par l'intermédiaire d'un jury d'examen, ainsi que cela a lieu en Allemagne, où l'on a établi des experts de trois degrés rémunérés par l'État, afin de pouvoir, dans le doute, faire contrôler les rapports des premiers experts? C'est là un *desideratum* à formuler et il a une grande importance.

Quoi qu'il en soit, c'est, le plus souvent, sur ces listes d'experts que se porte le choix du juge d'instruction; je dis le plus souvent, car, en dehors de ces listes, le juge d'instruction a le pouvoir de désigner comme expert dans une affaire telle personne qu'il lui plaît.

Or, il s'adressera à son propre médecin, et ce choix a, jusqu'à un certain point, sa raison d'être. Ce magistrat lui confie sa vie, celle de sa femme et de ses enfants; à plus forte raison peut-il lui confier, dira-t-on, l'examen du corps de délit d'un crime.

Mais là est l'erreur la plus complète. Le juge d'instruction aura pris pour pour médecin un praticien dont il ne peut pas lui-même apprécier la valeur; c'est le plus souvent sur l'indication d'un ami, ou d'après des rapports de société, ou sur des apparences physiques, qu'il aura donné ses préférences à tel ou tel médecin renommé, capable, instruit, je le veux bien; mais ce praticien distingué ne sait plus le premier mot de l'enseignement de la médecine légale qu'il n'a quelquefois étudiée que bien juste pour subir un des examens au doctorat.

Toutefois, il est impossible de retirer au juge d'instruction le droit de choisir tel expert qu'il lui convient. Si, dans les grandes villes de France, là où les médecins abondent, une liste d'experts peut être dressée, il n'en est plus de même dans les villes de deuxième, de troisième ordre; à plus forte raison dans les communes.

Là, les magistrats ne trouvent que refus à leurs propositions. Tous les médecins qui ont acquis une clientèle un peu notable n'hésitent pas, sous un prétexte ou sous un autre, à décliner les fonctions d'expert.

En effet, en dehors de la responsabilité qui incombe au médecin légiste, nous vivons encore sous l'empire de la loi de germinal an XI, et les taxes qu'elle a allouées aux experts sont presque une honte pour celui qui est forcé de les accepter. Les honoraires qu'elle donne aux médecins ne sont même pas, dans l'état actuel de la vie sociale, l'équivalent de la rémunération de l'ouvrier.

La Société de médecine légale, par l'intermédiaire de M. Penard, a adopté un rapport qui doit être adressé à M. le Ministre de la justice et qui démontre

la nécessité de combler cette lacune; on y pose des chiffres en raison des missions qui sont données, et l'on y cherche à obtenir pour les médecins ce que l'on peut appeler des honoraires.

La magistrature peut seule remédier à des faits dont elle se plaint, à savoir que, dans beaucoup de cas, elle ne peut trouver un homme capable pour lui confier la mission délicate de l'exercice de la médecine légale, mission d'où dépendent souvent l'honneur et la vie d'un inculpé.

N'hésitons donc pas à faire appel à la magistrature la plus élevée pour qu'elle comble une lacune vieille de cinquante ans, alors qu'aujourd'hui on s'attache avec raison à accroître l'honorariat des positions les plus infimes.

Ces données générales sur les experts et sur l'expertise judiciaire une fois posées, nous pouvons nous demander si, comme on le prétend dans le public, les experts commis par la justice sont des soutiens de l'accusation?

Jusqu'ici, ils n'ont joué aucun rôle qui puisse justifier cette manière de voir.

Et d'abord, dans l'instruction, où est l'accusateur public? On le comprend en cour d'assises; mais le magistrat instructeur ne doit avoir aucune idée préconçue. S'il est un des gardiens de la sécurité de la société, il est essentiellement la sauvegarde de l'accusé. Il doit mettre autant de soin à démontrer l'innocence d'un individu inculpé qu'à le livrer à la justice des tribunaux s'il est coupable.

Et quant à l'expert, qui, comme nous l'avons dit, ignore le plus souvent s'il y a un coupable et quel il est, la statistique suivante va démontrer dans quelle minime proportion leurs rapports contribuent à formuler une accusation grave.

Donc quant à l'expert, pas plus qu'au magistrat, pas de qualification générale, pas de rôle obligatoire. Indépendance de conscience de part et d'autre, autant de besoin de part et d'autre de démontrer l'innocence d'un inculpé que de démontrer sa culpabilité.

Voici une statistique dont les chiffres se rapportent à l'exercice de l'année 1877 et qui, sans avoir des nombres précis pour résoudre la question du rôle actif des experts, prouve cependant combien ce rôle est restreint.

30,714 individus ont été arrêtés l'année dernière.

Sur ce nombre, 9,523 ont été renvoyés à l'instruction.

Sur ce chiffre de 9,523, les magistrats de l'instruction en ont renvoyé 5,323 en police correctionnelle et 521 en cour d'assises.

Le parquet a envoyé en police correctionnelle 11,989 inculpés; de sorte que, sur les 30,714 individus arrêtés, 17,312 ont été l'objet de renvois soit en police correctionnelle, soit en cour d'assises, mais la proportion de ces derniers renvois en cour d'assises est de un soixantième seulement.

Si de ce soixantième vous retranchez tous les crimes dans lesquels l'expert, médecin ou chimiste, n'a pas à intervenir, tels que les vols, les faux en écriture, les banqueroutes frauduleuses, etc., ce soixantième va peut-être se réduire à un centième des individus inculpés, dans lequel le médecin a donné un avis.

Jusqu'ici nous n'avons pas fait intervenir la défense dans l'instruction; cependant, elle a droit ou possibilité d'intervention.

Ce qui s'est passé dans l'affaire Danval en est une preuve. Danval, pharmacien et plus ou moins chimiste, se trouve en présence de rapports d'experts qui, en raison des symptômes morbides observés chez la femme Danval et des résultats de l'analyse chimique, tendent à démontrer l'existence d'un empoisonnement par l'arsenic.

Danval peut à juste titre supposer des erreurs commises. Il demande au juge d'instruction l'autorisation de faire faire une *contre-expertise* par quelqu'un qu'il pourra désigner.

M. Guillot y consent; mais comme il est responsable en livrant à un tiers désigné par l'accusé les restes des organes de la femme Danval qui n'ont pas servi à l'analyse, il pose à son acquiescement une condition : celle que l'inculpé lui présentera une personne appartenant comme professeur, soit à la Faculté des sciences, soit à la Faculté de médecine, soit à l'École de pharmacie.

L'inculpé propose M. Bouis, qui est mandé par le juge d'instruction à l'effet d'opérer dans le laboratoire du Conservatoire des arts et métiers.

Là, en présence des premiers experts, M. Guillot remet à M. Bouis le reste des organes de la femme Danval, et il est procédé aussitôt à l'expertise.

Vous remarquerez que M. Bouis n'est astreint à aucun serment.

Plus tard une relation de l'analyse est remise par M. Bouis à M. le juge d'instruction; elle donne les détails de l'analyse et les conclusions que M. Bouis en a tirées.

Cette note est mise sous les yeux des premiers experts nommés, et, comme les conclusions diffèrent de celles qu'ils avaient déduites de leur examen chimique, M. Guillot fait appeler *comme expert* complémentaire M. Gubler pour donner son avis.

Vous le voyez, l'inculpé a le droit de demander non pas une *contre-expertise*, mais un nouvel examen par des personnes qu'il désigne, à la condition qu'elles offriront une garantie morale et scientifique. Seulement ces personnes ne portent jamais le titre d'*experts* et elles ne prêtent pas serment; elles agissent à titre de témoins et elles sont ultérieurement appelées au même titre.

Il est question, d'après certains journaux, d'introduire dans l'instruction des droits que ne posséderaient pas aujourd'hui les inculpés :

1° Celui de demander une contre-expertise.

On voit que ce droit existe déjà, non pas, il est vrai, à titre de contre-expertise, mais à titre de renseignement. Le résultat pour l'inculpé est le même, sauf la prestation de serment;

2° De donner à l'inculpé l'assistance d'un avocat lorsqu'il est interrogé dans l'instruction.

Voilà, selon nous, la mesure la plus fâcheuse que l'on puisse prendre. C'est de la *défense* quand il n'y a pas encore d'*accusation*, mais seulement une suspicion de crime et de culpabilité; c'est, de plus, enrayer le cours de la justice *sous le rapport pratique*. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, il advient souvent qu'accidentellement, après la déposition d'un témoin, le juge d'ins-

truction a besoin de faire comparaître immédiatement l'inculpé devant lui et de le faire extraire de la prison préventive où il se trouve. Il sera facile d'extraire l'inculpé; mais où trouver l'avocat qui devra être présent à l'interrogatoire ? N'est-ce pas aussi ouvrir la porte la plus large à de graves abus...

Nous ne croyons donc pas à la possibilité de ces innovations qui doivent avoir, dans la pratique de l'instruction, bien d'autres inconvénients que nous ne connaissons pas.

Repoussons donc ces changements qui peuvent d'ailleurs ne pas être même à l'état de projet.

DEUXIÈME PARTIE.

J'aborde maintenant la seconde partie de ma narration. C'est celle où l'inculpé est désigné par l'instruction comme pouvant être jugé en cour d'assises.

Une ordonnance de transmission est rendue par le juge d'instruction.

Les pièces sont adressées au procureur général.

Le dossier est inscrit au greffe criminel de la cour.

Il est distribué à un substitut pour faire le rapport.

Ce rapport est fait *oralement* à la chambre d'accusation et est suivi de *réquisitions écrites.*

La chambre se compose de cinq membres, y compris le président.

Elle délibère sur les réquisitions et rend un arrêt. En général, un conseiller examine le dossier et prépare l'arrêt, qui est rendu à l'audience suivante après délibération.

La chambre juge sur pièces et à huis clos (art. 225).

Comme moyen d'information, elle dispose du dossier de l'examen des pièces à conviction. Elle prend communication des mémoires de la partie civile et du prévenu (art. 217).

Enfin, elle peut ordonner un supplément d'instruction. Elle indique, dans un arrêt, les points sur lesquels portera cette instruction supplémentaire.

Ici, je me permettrai de faire remarquer qu'aucun avocat, aucun défenseur n'est intervenu depuis le commencement de l'instruction. Ce n'est qu'à la cour d'assises que le défenseur apparaît, et cependant déjà un compte rendu *oral* a été fait à la chambre criminelle par un substitut du procureur général.

Des *conclusions écrites* ont été prises par lui et *déposées.*

Cet ensemble de faits ne peut-il pas exercer une influence plus ou moins grande sur le conseiller rapporteur et, par suite, sur la chambre entière ?

Il est vrai qu'en même temps que le substitut du procureur général pose des conclusions, un avocat de la défense peut produire un mémoire à la chambre des mises en accusation.

Mais il y a là une inégalité très grande entre l'intervention de l'accusation et celle de la défense.

Tandis que le substitut du procureur général fait acte de présence et donne à sa manière un compte rendu oral de l'affaire, l'avocat ne donne qu'un mémoire qui peut n'être lu que par le conseiller rapporteur.

Ne serait-il pas plus juste de renvoyer purement et simplement le dossier à

la chambre des mises en accusation, en y joignant des conclusions écrites? Alors un avocat chargé d'office ou désigné par l'inculpé prendrait connaissance du dossier et formulerait des conclusions précédées de notes tendant à combattre l'accusation.

Le conseiller rapporteur serait *obligé* d'examiner avec soin tout le dossier et de présenter à la chambre l'exposé des faits.

La justice serait alors appliquée dans ses conditions les plus larges et les plus indépendantes pour l'inculpé.

Si j'insiste sur ce point, c'est que, la chambre des mises en accusation étant la plus grande garantie d'équité pour l'accusé, elle doit avoir des règles qui mettent l'accusation et la défense dans un état parfait d'égalité.

C'est là une observation que je soumets à qui de droit.

Nous voici arrivés à la cour d'assises. Accusé, accusateur public, défenseur sont en présence devant le tribunal, ainsi que devant un jury et un public nombreux.

Il est donné lecture de l'acte d'accusation, le président procède à l'interrogatoire de l'inculpé, puis les témoins sont entendus.

Alors sont appelés devant la cour les experts primitivement désignés par le magistrat instructeur. Ils ne doivent être ni parents ni amis de l'accusé. Ils prêtent un second serment : « *Vous jurez de parler sans haine et sans crainte, de dire toute la vérité et rien que la vérité.* »

Ils relatent devant le jury tous les faits qu'ils ont observés, ainsi que les conséquences qu'ils en ont tirées.

Ces faits viennent naturellement à l'appui de l'accusation. Il n'en saurait être autrement, puisque, dès l'abord, ils ont servi à établir le corps du délit du crime.

Mais, dans le public, ces experts sont appelés les soutiens de l'accusateur public; aussi le public, plus ou moins ignorant, ne croit-il qu'à moitié à la véracité de leur déposition.

Il en est bien autrement lorsque le président fait appeler les experts ou témoins de la défense, car ils ne sont cités qu'à titre de témoins.

Ceux-là, au contraire, viennent combattre l'accusation en attaquant l'expertise judiciaire. Ils ont la prédilection du public, toujours intéressé à l'accusé. Mais on se garde bien de les désigner sous le titre d'experts de la défense, de soutiens de la défense, et cependant ils méritent ce titre à plus d'un point de vue.

C'est ici le moment de poser la contre-partie de nos débats et d'examiner quelles sont les conditions d'origine des experts de la défense.

La défense choisit ses experts, non pas dans une liste dressée à cet effet.

Sa liste n'a qu'une caractéristique : trouver un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou chimistes qui, aux débats, combattront les dires des experts de l'instruction. Ils n'ont aucun serment préalable à prêter, mais il faut reconnaître que, à l'instar des autres témoins, ils prêtent à la cour le serment de dire la vérité, rien que la vérité.

En faisant ressortir ces nuances, entre ces sortes d'experts, ce n'est pas que je mette un instant en doute la véracité des experts de la défense. Il n'est

pas besoin de prêter serment pour être véridique. Seulement, en présence de l'opinion publique, qui déprécie les premiers experts parce qu'ils viennent déposer de faits favorables à l'accusation, j'ai voulu seulement démontrer que le choix des premiers experts offrait généralement plus de garantie pour la vérité, à cause des soins apportés à leur liste d'origine et aux deux serments qu'ils prêtent.

Je ferai remarquer en passant à mes confrères que c'est une chose bien délicate que d'accepter la mission d'expert de la défense, quelque bien rétribuée qu'elle soit et peut-être parce qu'elle pourrait être trop bien rétribuée. Défiez-vous, leur dirai-je, de l'avocat qui ne met sous vos yeux que les rapports des experts ou même un extrait de ces rapports. Notre Secrétaire général me rappelait, il y a peu de temps, qu'il assistait avec moi à un dîner donné par un de nos anciens confrères, où l'on me demandait mon opinion sur la culpabilité de La Pommerais M. Gallard n'a jamais oublié ma réponse : « Je n'ai pas voulu accepter la mission de défendre, dans un contre-rapport, l'inculpé La Pommerais, parce que j'aurais pu le faire acquitter et que j'étais profondément convaincu de sa culpabilité. » C'est que je ne m'étais pas contenté de l'examen des rapports médico-légaux; j'avais demandé à prendre connaissance de tout le dossier de l'instruction.

Je n'ai jamais agi autrement dans toutes les affaires où j'ai été appelé à l'appui de la défense.

Si, devant le jury, les dépositions scientifiques se bornaient à ces deux dépositions opposées, celle des experts de l'instruction et celle de la défense, le jury serait placé dans les conditions où il se trouve lorsque l'accusateur public et l'avocat de l'inculpé ont pris tous deux la parole, le jury aurait entendu de part et d'autre le pour et le contre.

Mais voici ce qui a lieu : le président qui dirige les débats demandera aux premiers experts la réponse qu'ils ont à faire aux objections qui leur sont adressées. Puis réplique des seconds experts de la défense.

Non content d'avoir soulevé cette discussion, voulant éclairer des faits ou assertions qui se sont produites dans les dépositions des divers témoins de l'affaire, le président et le défenseur de l'accusé posent à un premier expert une question à laquelle il n'est pas préparé; puis la même question à un second, à un troisième expert. Les réponses ne sont pas toujours identiques : nouvelle discussion. Souvent la réponse est la même, mais elle a été faite en d'autres termes scientifiques ! On la prend pour une nouvelle interprétation.

D'où résulte qu'au lieu d'éclairer le jury on obscurcit son jugement, et il finit par ne tenir aucun compte des faits médicaux, chirurgicaux ou chimiques de l'affaire.

Et la masse de s'écrier alors que la médecine est une science conjecturale, qu'elle n'a aucun principe, aucune donnée précise; on jette ainsi sur notre art la défaveur la plus complète.

Mais, dirons-nous, quelle est la science qui ait des données, des principes arrêtés, bien définis ? Il n'y en a aucune. Est-ce que toutes les sciences, quelles qu'elles soient, ne progressent pas tous les jours ? Est-ce que ce qui était vrai hier est encore de mise aujourd'hui ? Les mathématiques elles-mêmes, ces

sciences si exactes que leur nom est appliqué à tout ce qu'on croit être démontré, ne changent-elles pas leurs méthodes et leurs formules? Des problèmes nouveaux ne démontrent-ils pas les erreurs de problèmes anciens, etc. etc.?

Et la législation, qui ne repose que sur des données précises, écrites, insérées dans nos codes, n'est-elle pas interprétée de diverses manières par la Cour de cassation, qui se déjuge quelquefois?

Qui peut être sûr de gagner un procès en se fondant sur la législation existante?

Vous voulez que la science de la médecine, qui comporte un assemblage de sciences nombreuses, permette à une série d'experts d'apprécier de la même manière le même fait?

Et le jugement, qui est la base de l'interprétation, qui diffère selon les individus, qui a ses nuances infinies chez les hommes et qui donne à chacun le droit de dire qu'il a raison dans sa manière de voir; le jugement personnel ne conduit-il pas, en dehors de la science, à des interprétations tout à fait opposées; n'amène-t-il pas des solutions différentes de la part des individus qui discutent les mêmes faits?

Enfin, et c'est par là que je termine ces considérations, vous établissez une discussion médicale devant un auditoire nombreux qui ne sait pas un mot de médecine, qui ne connaît pas nos dénominations, la valeur de nos épithètes, la portée des motifs que nous pouvons alléguer à l'appui d'un fait : voilà ce que vous donnez au jury pour former ses convictions.

Ces discussions médicales sont nées en province, où les débats criminels ont un grand apparat. Deux ou trois séances de cour d'assises sont quelquefois consacrées à des discussions médico-légales dans lesquelles bon nombre de médecins font étalage de science inutile. Combien de fois dans ma vie n'y ai-je pas pris part?

Combien de fois n'ai-je pas porté la lumière dans l'esprit des jurés en leur parlant un langage simple et presque vulgaire? C'est de cette manière que j'ai pu sauver la vie à quelques accusés, et je n'étais pourtant pas expert de la défense; mais avec le même accent de vérité, je donnais la preuve du crime accompli lorsque j'en avais la conviction.

Que MM. les présidents d'assises veuillent bien changer de système; qu'ils mettent fin à toutes ces discussions médico-légales qui, comme dans l'affaire Danval, donnent le douloureux spectacle d'appréciations contradictoires de la part même de personnes fort instruites.

Que le jury puisse entendre le pour et le contre par la déposition pure et simple des experts de la justice et des experts désignés par la défense.

Le jury en tirera des éléments de conviction beaucoup plus nets que de ces discussions interminables qui conduisent, en définitive, à la négation des assertions et des raisonnements opposés.

Permettez-moi d'appeler maintenant votre attention sur un usage introduit par MM. les présidents des cours d'assises dans les affaires d'empoisonnement, celui de poser aux experts la question suivante :

« *La dose de poison que vous avez retirée des organes soumis à votre analyse serait-elle capable de donner la mort?* »

Pourquoi, lorsqu'il s'agit d'affirmer un empoisonnement, les experts chimistes et les médecins experts seraient-ils tenus de retirer des organes analysés une dose de poison *capable de donner la mort?*

Si la loi ne définit pas le poison, elle définit l'empoisonnement en disant: « Est qualifié d'empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances *qui peuvent* donner la mort, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées et quelles qu'en aient été les suites. »

La loi parle-t-elle de dose? Non.

Ah! si le président demandait si la substance retirée des organes est, par sa nature, capable de donner la mort, la question serait justement posée; mais demander si la dose de poison obtenue par l'analyse est capable de donner la mort, c'est aller au delà de la loi, exiger plus qu'elle et vouloir, dans certains cas, des preuves qu'il est impossible d'obtenir.

Raisonnons, en effet, avec la pratique de l'analyse chimique.

Dans une analyse en matière d'empoisonnement, il est de principe d'agir sur la moindre quantité possible d'un organe, de manière à en réserver une proportion qui permette de faire une contre-expertise.

En second lieu, quand un poison est capable d'être absorbé, tout le sang, tous les organes du corps contiennent le poison; certains organes en renferment de préférence une proportion plus considérable que d'autres. Exemple: l'appareil digestif, le foie, le cerveau et quelques autres. Puis il arrive souvent que les vomissements et les évacuations alvines ont expulsé la plus grande partie du poison ingéré, de sorte que, même *en analysant tout le corps*, on ne pourrait pas retrouver la dose que l'individu empoisonné a pu prendre.

Si donc, par une analyse de la totalité du corps, on ne peut extraire qu'une partie du poison qui a été administré, je laisse à penser la quantité de poison que peut donner une analyse qui ne porte que sur 200 ou 300 grammes de chacun des organes examinés.

L'expert cherche donc moins à déterminer si la quantité de poison qu'il obtient pourrait déterminer la mort qu'à faire ressortir de son analyse une *substance capable de donner la mort.*

Qu'il en obtienne peu, — et en général c'est ce qui arrive, — sa conviction ne se forme pas tant sur la quantité de poison qu'il a pu extraire des organes que sur l'ensemble des conditions suivantes:

1° Il a retiré des organes, par l'analyse, une substance capable de donner la mort;

2° Dans l'état naturel, cette substance ne fait jamais partie constituante des organes;

3° Elle n'a pu être introduite ni dans les boissons ordinaires, ni dans les matières alimentaires dont le malade a pu faire usage, non plus que par la respiration;

4° L'ensemble des symptômes observés pendant la vie et les altérations remarquées dans les organes à l'ouverture du corps coïncident avec les symptômes et les altérations que développe ordinairement la substance découverte par l'analyse.

C'est d'après cet ensemble de faits que la conviction de l'expert se forme. Il est évident qu'elle sera d'autant plus complète que la quantité de matière vénéneuse obtenue par l'analyse sera plus grande; mais alors même qu'elle est faible, comme c'est là une substance tout à fait anormale dans l'économie, substance capable de donner la mort à une dose donnée, il est impossible que l'expert ne conclue pas à l'empoisonnement.

Que la mort par empoisonnement soit le fait d'un accident ou de la volonté, comme dans le suicide ou l'homicide, cela ne le regarde plus. Voilà les vrais principes.

Si MM. les présidents d'assises voulaient bien se pénétrer des diverses conditions dans lesquelles les experts sont habituellement placés, ils ne leur demanderaient plus si la dose de poison obtenue est capable de donner la mort; ils ne leur demanderaient plus à quel poids environ ils apprécient la quantité de poison qu'ils ont obtenue?

Il est des cas tout à fait exceptionnels dans lesquels on trouve, il est vrai, dans l'estomac une proportion énorme de poison. Tel était le suivant, qui remonte à quarante-cinq ans:

Un officier de santé de Cosne, après avoir eu durant toute une journée les discussions les plus violentes avec sa femme (celle-ci était meurtrie de coups) et la voyant dans la soirée dans un état d'épuisement considérable, lui fait avaler de force une tasse de bouillon. A onze heures du soir, elle succombait, sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une grande faiblesse et des syncopes.

La rumeur publique appelle alors l'attention de la justice; une analyse est prescrite dans la localité : on ne découvre rien.

On envoie le tube digestif à Paris. Je suis chargé de faire une analyse; je trouve dans l'estomac une matière blanchâtre qui ressemblait à du plâtre. C'était de l'acide arsénieux en poudre fine, arsenic qui sert au chaulage du blé, il y en avait 18 grammes.

Inutile d'ajouter que j'obtins des taches d'arsenic métallique et des anneaux dans des tubes et dans de petites cornues. Je rangeai le tout méthodiquement dans une boîte à compartiments, y compris l'acide arsénieux en nature que contenait l'estomac. Ces pièces furent envoyées au magistrat instructeur de Cosne. Fatigué des dénégations de l'officier de santé, le juge d'instruction se décide à lui mettre sous les yeux cette boîte, preuve accablante du crime. A sa vue l'inculpé pâlit, mais il continue à nier! A peine était-il rentré dans sa prison qu'il prenait une lancette qu'il avait cachée dans ses vêtements; il s'ouvre alors l'artère crurale et meurt baigné dans son sang.

Je cite ce fait comme étant exceptionnel.

Mais je sens que j'ai déjà beaucoup trop abusé de vos moments, et je ne veux plus que citer une autre question assez fréquemment posée par MM. les présidents des assises et dont la solution en cour d'assises est presque impossible.

C'est la suivante : « *A quelle dose tel ou tel poison peut-il causer la mort?* » Nature de la substance vénéneuse, forme sous laquelle elle est donnée, âge du sujet, état sain ou malade du tube digestif; force ou faiblesse de l'individu empoisonné; poison donné en une seule dose ou en une série de doses successives; poison

donné à jeun ou dans un repas plus ou moins copieux : autant de circonstances et bien d'autres que l'expert devra invoquer pour arriver à une réponse qui ne sera jamais et ne pourra jamais être positive. Que si l'on fait découler la réponse d'expériences faites sur les animaux, ce sera bien plus illusoire encore. Quel est l'animal que l'on puisse assimiler à l'homme?

L'expérimentation peut fournir à cet égard quelques données, éclairer quelques circonstances d'un empoisonnement, notamment le mode d'action du poison; mais quant à des doses, *jamais*.

Je termine en déduisant de mon travail quelques conclusions :

1° Un expert désigné par la justice n'agit jamais que sous la foi d'un serment qui engage son honneur et sa conscience.

2° Dans le plus grand nombre de cas, l'expert ne connaît et souvent ne voit même pas l'accusé.

3° Sa nomination par la justice manque peut-être aujourd'hui d'un complément de sanction, celui de faire preuve au préalable de connaissances en médecine légale.

Il serait donc à désirer qu'il fût institué en France des experts rétribués par l'État à la suite d'épreuves scientifiques.

Il pourrait y en avoir de deux degrés : les premiers habituellement employés, les seconds n'étant appelés que pour contrôler, lorsqu'il y a lieu, la première expertise. Ces derniers ne recevraient d'honoraires qu'en raison des fonctions qu'ils exerceraient.

4° L'adjonction d'un avocat à l'accusé dans l'instruction pourrait, selon nous, porter préjudice à la justice et à la véracité de l'instruction, sans être utile à l'inculpé.

5° Il en serait tout autrement lorsqu'une ordonnance de lieu à suivre aurait été formulée par le juge d'instruction.

Là pourrait commencer l'intervention d'un avocat qui, par un mémoire, éclairerait les membres de la chambre des mises en accusation, contrairement aux conclusions prises par le substitut du procureur général et sans *intervention orale* de ce dernier.

6° Le rôle des experts en cour d'assises pourrait se borner à la narration de leur expertise et à l'énoncé de leurs opinions personnelles ou collectives sur les inductions qu'ils en auraient tirées.

7° Une discussion, de quelque nature qu'elle soit, devrait, autant que possible, être écartée des débats, soit entre les experts, soit entre eux et les experts choisis par la défense, laissant le jury sous cette double impression plus ou moins contradictoire, et évitant des discussions médicales ou chimiques en présence d'auditeurs qui n'en peuvent apprécier ni la portée ni les conséquences.

On assimilerait ainsi l'audition des experts de l'instruction et de la défense à ce qui se passe devant le jury entre le ministère public et la défense.

Dans cette note, trop remplie peut-être de détails, j'ai pris les experts à leur origine, à leurs débuts dans la carrière du médecin légiste; je les ai suivis pas à pas dans l'accomplissement de leurs actes, agissant constamment sous la foi d'un serment et cherchant la vérité sous la sauvegarde de leur honneur et de leur conscience.

J'ai écrit, il y a bien des années, que la pratique de la médecine légale contribuait à rendre l'homme meilleur, en le dirigeant sous le drapeau de la droiture et de l'équité; car l'une et l'autre viennent aussi peser sur les actes de la vie privée.

Puissé-je avoir par mon œuvre contribué à détruire la défaveur momentanée qui pèse sur les experts et leur conserver la considération dont ils ont été de tous temps entourés et à laquelle ils ont droit sans conteste. (Applaudissements.)

DISCUSSION.

M. le Président. M. Daremberg a la parole.

M. Daremberg. Messieurs, je ne dirai que quelques mots au sujet des analyses médico-légales; mais je veux d'abord applaudir de tout cœur au passage du rapport remarquable de notre éminent président, relatif aux cas d'empoisonnement.

M. Devergie a dit que souvent on pose aux experts la question suivante: « Croyez-vous que la dose de poison qu'on a trouvée dans le cadavre de la victime soit suffisante pour conclure à un empoisonnement? » Lorsqu'il est démontré que du poison se trouve d'une façon normale dans le corps humain, il est dangereux de poser cette question.

Le chimiste expert, quand il n'est pas absolument sûr, doit s'abstenir de répondre et dire qu'il ne sait pas s'il y a empoisonnement.

Cette question de l'abstention de l'expert chimiste m'amène à la question des garanties. En effet, ce qui m'a toujours frappé dans les laboratoires de chimie, pendant quelques années, c'est que les affirmations y sont en raison inverse de l'instruction. On y voit des personnes qui commencent à faire de la chimie, et qui affirment avec le feu non de la science éprouvée, mais avec le feu de l'ignorance.

Aussi je désirerais, et je crois que tous les chimistes seront de cet avis, que les experts fussent choisis dans une classe d'hommes absolument déterminée; qu'on ne donnât pas au premier venu le droit de faire une expertise chimique. Je ne parle pas de Paris, bien entendu, où le défaut de science de la part des experts ne peut être invoqué, mais de la province.

Je ne veux citer qu'un exemple. Dans une petite ville de province, on m'a demandé, il y a quelques mois, pour procéder à une analyse chimique médico-légale. J'ai fort étonné le magistrat en lui disant que, dans mon modeste laboratoire, je n'avais ni les moyens ni le temps nécessaires pour faire un travail complet qui me permît d'affirmer ou de nier avec connaissance de cause.

Je crois qu'il serait bon, lorsqu'à la suite d'une autopsie le médecin chargé de cette autopsie a cru qu'il était nécessaire de faire une analyse médico-légale, de sceller les viscères et de les envoyer dans un laboratoire chargé exclusivement des analyses médico-légales. M. le délégué de Buda-Pesth nous dit que, chez lui, il y a un laboratoire exclusivement réservé à ces sortes d'analyses. Je crois qu'en France, si l'on créait un institut chimico-légal auprès de toutes les Facultés de médecine ou de pharmacie et que tous les organes soupçonnés fussent envoyés à cet institut, alors il y aurait des garanties absolues.

Tout le monde sait qu'on ne devient pas chimiste du jour au lendemain. Il n'y a pas de partie plus difficile ni plus délicate dans la science que la chimie légale. On peut être le plus habile chimiste du monde et ne pas savoir

faire une analyse médico-légale. Il faudrait donc des hommes qui soient rompus à ces sortes d'analyses.

Les fonctionnaires de ce laboratoire seraient nommés au concours. En outre, comme l'a dit M. Devergie, la partie civile, comme le procureur de la République, pourraient avoir le droit de diriger des contre-experts. Mais ces contre-experts ne devraient pas être choisis au hasard. Il est très difficile de faire ce choix. Un jury ne peut être compétent en matière absolument chimique.

Je crois que, si l'on choisissait les contre-experts parmi des docteurs ès sciences, ces hommes apporteraient une autorité suffisante, quand il y aurait une contradiction entre les experts de l'institut officiel et les experts choisis par la partie civile ou le chef du parquet.

Voici, Messieurs, les conclusions que j'ai l'honneur de proposer à la suite des paroles que vous avez bien voulu écouter:

1° Il est institué auprès de chaque Faculté mixte de médecine et de pharmacie un institut spécial de médecine légale et toxicologie dont les fonctionnaires sont nommés au concours réglé, d'après un règlement administratif.

2° Lorsqu'après une autopsie légale une analyse chimico-légale aura été reconnue nécessaire, les parties incriminées, recueillies et scellées selon les règlements en usage, seront envoyées dans des instituts officiels de toxicologie.

3° Lorsqu'une contre-expertise sera demandée par le représentant du Gouvernement ou la partie civile, les experts ne pourront être choisis que parmi les chimistes docteurs ès sciences reçus auprès d'une Faculté reconnue par l'État.

4° Lorsque la cour aura constaté qu'un différend sérieux existe entre les divers experts choisis par les parties au sujet d'un empoisonnement présumé, le débat sera jugé en dernier ressort par la Société de médecine légale réunie en séance spéciale.

M. le Président. Je diffère du sentiment exprimé par M. Daremberg sur un point: c'est quand il veut limiter les droits de l'accusé. Je crois qu'on doit respecter ces droits et laisser à l'accusé le libre choix de nommer des contre-experts. Il a le plus grand intérêt et les meilleures raisons pour ne chercher qu'à faire des choix excellents!

(Marques d'approbation.)

M. Gubler. Je voudrais faire une autre observation. Je suis naturellement d'accord avec M. Daremberg sur le fond même de la question; comme lui je soutiens qu'on ne saurait s'entourer de trop de garanties, lorsqu'il s'agit de la vie humaine.

Seulement, il me semble que M. Daremberg a oublié ses prémisses, dans le cours de son argumentation et dans ses conclusions. Il nous a fait voir, avec juste raison, qu'il ne suffit pas d'être un habile chimiste pour être un bon *chimiste légal*. Il nous a dit qu'il fallait être non seulement un grand chimiste, un chimiste habile, mais encore avoir travaillé longtemps dans les laboratoires; qu'en autres termes il fallait des hommes spéciaux, ayant fait des travaux appliqués et subi les épreuves du concours. Tout cela me paraît juste.

Mais, je le répète, M. Daremberg a oublié cela, lorsqu'il nous a dit, quant aux contre-experts, qu'ils pourraient être pris indifféremment dans une classe

d'hommes qui auraient fait des études assez complètes, c'est-à-dire dans la classe des docteurs ès sciences.

Ceux-ci, à mon avis, ne présentent pas de garanties suffisantes pour se livrer à une contre-expertise médico-légale. J'aime mieux qu'on laisse une liberté absolue à celui qui est appelé à se défendre, ou bien qu'on l'oblige à faire son choix dans un autre institut médico-légal. Il faudrait, en effet, sur une surface comme celle de la France, plusieurs instituts de ce genre. Alors, Messieurs, nous aurions toutes les garanties désirables, au point de vue du savoir et de l'indépendance. Je crois que M. Daremberg trouvera mieux encore son compte à cette manière de faire. Voilà la modification que je propose d'apporter aux conclusions qui viennent d'être déposées par M. Daremberg.

M. Daremberg. Messieurs, dans mon rapide exposé, je n'avais pas pensé au détail important relevé par M. Gubler. Je crois donc qu'on pourrait ajouter au texte de mes conclusions :

Que, en cas de dissentiment, les contre-experts devront être choisis parmi les membres d'un autre institut médico-légal.

Avec cet amendement ma proposition sera complète.

M. Devergie. La toxicologie est la plus difficile des sciences. La recherche des poisons est toujours enveloppée d'une matière animale qui vient peser de tout son poids sur toutes les investigations. Il faut s'en séparer, la détruire d'une manière ou d'une autre. Elle masque constamment la matière vénéneuse et modifie les procédés qu'on emploie.

C'est cette matière animale qui a été l'objet de plusieurs prix proposés par les *Annales d'hygiène*, à leur début. Moi-même, j'ai indiqué un moyen. Mais, en résumé, jamais on ne parvient à enlever cette matière que difficilement et par l'incinération.

Par conséquent je dis avec M. Daremberg que, même les membres de l'Académie des sciences, que je respecte et qui certainement possèdent la plus haute connaissance en chimie, se trouvent souvent désorientés quand il s'agit de faire une analyse de ce genre.

Tout dernièrement, un président de cour d'assises est allé trouver M. Wurtz et l'a prié de faire une analyse chimique. M. Wurtz lui a répondu : « Je n'ai jamais fait une expertise chimique médico-légale ; adressez-vous à quelqu'un qui ait l'habitude de les faire ; » et ce n'est que parce que M. Vulpian a bien voulu se joindre à lui qu'il a consenti.

M. Laborde. Messieurs, comme vous tous j'applaudis à la proposition de M. Daremberg. Elle répond évidemment à un *desideratum* général, en présence du spectacle malheureux présenté par l'insuffisance d'une instruction nécessaire qui permette d'arriver à une bonne expertise médico-légale.

M. Daremberg ne vous a parlé que d'un des côtés de la question, celui de la recherche chimique. Je crois qu'il serait bon que le Congrès prît l'initiative d'élargir ce programme et d'ajouter au vœu de M. Daremberg les autres parties

de la science qui doivent concourir à la recherche chimique, et surtout à celle de la vérité. Je crois donc qu'il faudrait dire :

Il sera créé un institut toxico-chimique expérimental, un institut de médecine légale, qui interviendra dans les expertises.

Tout le monde comprend la nécessité d'élargir le programme. Il faut songer que toutes ces recherches sont solidaires. Il faut qu'elles portent sur la physiologie expérimentale. C'est peut-être sur ce point qu'il faudrait insister.

Et d'un autre côté, il y a, dans la pratique actuelle de la médecine légale, quelque chose, passez-moi l'expression, de monstrueux. C'est cette espèce de promenade que l'on fait faire aux flacons qui renferment les viscères et les liquides destinés à l'analyse, dans les rues de Paris, allant d'un expert chez l'autre, portés par des personnes dignes de confiance, je le veux bien, mais enfin, il n'y a pas là toutes les garanties nécessaires exigées pour une semblable recherche.

Je crois qu'il faudrait que tout flacon contenant le corps du délit fût remis une bonne fois dans un institut et n'en sortît plus. Il passerait là des mains du chimiste à celles du physiologiste chargé de présenter le rapport.

Je crois que M. Daremberg voudra bien accepter cette addition à son programme, et dire, non pas «institut chimico-légal», mais «institut médico-légal» d'expertises, comprenant toutes les parties de la science qui doivent intervenir dans les expertises.

M. Léon, *avocat.* J'analyse en ce moment un travail qui répond au rapport que vous avez entendu de notre éminent président. Que M. Devergie veuille bien me le permettre, je ne ferai pas aujourd'hui une réponse complète, mais je présenterai quelques observations.

M. Devergie a dit avec raison que tous les experts médico-légaux étaient aujourd'hui en défaveur. Je ne veux pas ici rechercher ce qui constitue, à mon sens, les causes de cette défaveur. Je réserve cela pour un travail plus complet, plus médité, plus mesuré que l'improvisation.

Mais j'indique tout de suite ce qui, à mon avis, est une cause de défaveur. C'est que les experts médico-légaux sont toujours choisis parmi les mêmes personnes.

En conséquence, je fais cette proposition au Congrès, c'est que dorénavant on mette dans notre législation que les experts médico-légaux soient pris à tour de rôle parmi les agrégés et professeurs.

Je dirai que le travail de M. Devergie touche à bien des points délicats, qui demandent une réponse mieux préparée que ce que je pourrais dire maintenant. M. Devergie, en effet, a touché la question si délicate de l'instruction criminelle contradictoire. Il a repoussé avec énergie la contradiction dans l'instruction.

Messieurs, au point de vue des experts médico-légaux, je réclame avec énergie l'instruction contradictoire. Je veux faire un emprunt à la procédure civile.

Lorsqu'il s'agit d'une expertise en matière civile, une des dispositions de la loi dit que l'expertise sera contradictoire, que la partie y assistera elle-même ou par l'intermédiaire de son conseil.

Et dans une matière où la vie même de l'individu peut être mise en péril, il n'y aurait pas de contradiction! D'après cela, je demande que les expertises médicales aient lieu en présence de l'accusé, de son conseil, et en présence même d'une personne qui n'aurait pas voix délibérative, mais qui assisterait l'accusé au début même de l'expertise, à l'examen du cadavre, à l'instruction.

Je désire, — et c'est une garantie pour l'honneur de l'accusé, — que cette expertise soit donc faite contradictoirement.

Maintenant que mes deux premières propositions sont exposées, j'en vais faire une autre qui ne soulèvera pas moins de difficultés que la première.

En matière également civile, le législateur sage a décidé qu'il n'y aurait pas d'expertise acceptable si elle n'était faite par trois personnes.

Je demande alors comment, dans une matière aussi grave que celle d'une accusation d'empoisonnement, on livrerait à l'examen d'un seul homme une cause qui peut mener un individu à l'échafaud! Quel est l'obstacle qui s'oppose à ce que l'on nomme trois experts au lieu d'un, dans un pareil cas? Dans trois experts, il y a une majorité. Deux peuvent être d'un avis contraire à celui exprimé par le troisième expert.

Voilà un moyen qui offrirait toutes les garanties à un jury et qui inspirerait plus de confiance que l'expertise faite par un seul homme.

Ma troisième proposition consiste donc en ceci : c'est que l'expertise médico-légale soit faite par trois experts.

On me fera l'objection peut-être qui m'a été faite : on invoquera les frais élevés. M. Devergie a déjà fait ressortir combien la taxe des experts médico-légaux était insuffisante, et nullement en rapport avec la science des hommes appelés en aide par la justice.

C'est aussi mon avis. Mais les frais entraînés par le concours de trois experts ne doivent pas être un obstacle sérieux. Je dis que ce sacrifice d'argent sera largement compensé par la garantie donnée à la société, dans la personne des individus accusés, et par la garantie qu'il sera donné une justice équitable et, par-dessus tout, parfaitement éclairée.

M. Galippe. Dans une question de toxicologie, il y a trois problèmes à résoudre : une question d'anatomie pathologique, une question de physiologie expérimentale et une question de chimie pure. Eh bien! il se peut que, dans certains cas, la question la plus importante à décider soit une question d'anatomie pathologique. Or, si l'on procédait comme l'a indiqué un orateur, si les experts étaient pris à tour de rôle parmi les agrégés et les professeurs, il pourrait se faire que le sort désignât un chimiste pour résoudre une question d'anatomie pathologique.

Je crois, au contraire, qu'il faudrait des spécialistes pour chaque cas, et que, dans une question d'anatomie pathologique, il faudrait s'adresser à un anatomo-pathologiste; ainsi des autres branches.

J'ai remarqué qu'il y a ensuite des contradictions entre la première proposition et la seconde. Mais s'il y avait trois experts nommés, l'observation que je viens de faire tomberait naturellement, car dans les trois experts il y aurait nécessairement un spécialiste pour la matière à examiner.

Ce sont les courtes observations que je désirais faire en ce moment.

M. le Dr Louis de Gnósz, *professeur privé de médecine légale à la Faculté de droit de l'Université de Buda-Pesth.* Messieurs, je vous demande la permission, à l'occasion de la question qui se discute en ce moment, de vous dire quelques mots sur l'**Organisation du service médico-légal en Hongrie.** Chacun de vous connaît la grande importance du service médico-légal; chacun sait que c'est l'opinion médico-légale qui sert de base dans un grand nombre de cas au jugement porté par les tribunaux.

Il faut se procurer des connaissances toutes spéciales, il faut étudier des questions qui n'ont aucun rapport à l'exercice de la médecine pour rédiger les consultations demandées par les tribunaux, et même il est nécessaire que le médecin légiste connaisse l'esprit du Code criminel de son pays, pour comprendre les intentions du juge, du procureur et du défenseur qui lui adressent leurs questions; il est aussi nécessaire que les magistrats connaissent les éléments de la médecine légale, pour qu'ils soient capables de questionner avec prudence et d'apprécier les éclaircissements donnés par le médecin légiste.

Voilà les principes sur lesquels nous avons basé notre service médico-légal en Hongrie.

L'étude de la médecine légale est obligatoire pour les étudiants en médecine, facultative pour les étudiants en droit; nous avons deux professeurs publics auprès des Facultés médicales, des Universités de Buda-Pesth et de Klausembourg, des professeurs privés auprès des Facultés de droit, des Universités et des Académies de l'enseignement juridique.

Chaque tribunal a son médecin légiste nommé par le Ministre de la justice pour la vie, avec le titre de médecin légiste royal de tribunal; c'est lui qui est en même temps le médecin en chef des prisons, au chef-lieu de son tribunal.

Les opinions rédigées par des médecins privés sont soumises à son scrutin, et, dans tous les cas où il y a une différence d'opinions, le Conseil d'hygiène supérieur ou la Faculté médicale, les professeurs de l'Université décident en dernière instance. Tous les cas de crimes importants dans lesquels il y avait lieu à une expertise sont soumis à l'opinion supérieure.

Les tribunaux ont le libre choix entre ces deux corporations.

Le médecin légiste employé doit être remplacé par un de ses collègues s'il a traité le blessé pendant sa maladie ou s'il existe des liens de proche parenté entre lui et l'individu examiné ou l'accusé.

Le Conseil d'hygiène supérieur ou la Faculté des professeurs en médecine peuvent ordonner l'exhumation des cadavres, le transport de ceux qui sont censés aliénés dans les maisons centrales des aliénés et adresser des questions supplémentaires aux médecins légistes des tribunaux.

Pour les expertises chimiques, nous avons créé à Buda-Pesth un laboratoire central présidé par le chimiste légal de la Hongrie, qui s'occupe exclusivement des expertises chimiques, en cas d'empoisonnement.

C'est ainsi que l'exercice de la médecine légale est organisé depuis vingt-six ans; et comme les emplois de médecins légistes de tribunal sont très recher-

chés, un grand nombre de médecins s'adonnent avec plaisir aux études médico-légales.

J'ai publié deux grands ouvrages sur la médecine légale, l'un en 1868, l'autre en 1873, et je n'ai qu'à remercier notre illustre président, M. Devergie, pour toutes les informations précieuses que j'ai puisées dans le grand nombre de ses travaux, par lesquels il s'est assuré l'estime et la gratitude des médecins légistes de tout l'univers.

J'ajoute encore un mot au sujet de l'expertise. Je suis d'avis qu'il faut une contre-expertise, afin de prévenir les erreurs et les méprises qui pourraient arriver. Il est vrai que, quand ce sont des médecins qui sont spécialement adonnés à la pratique de la médecine légale, il n'y a pas, selon moi, besoin de contre-expertise; celle-ci pourrait même être nuisible à la saine appréciation des faits, surtout à l'égard du jury. Car, si le jury entend des avis contradictoires sur un cas d'empoisonnement par l'arsenic, je suppose, comment se fera-t-il une opinion? En Angleterre, on est de mon avis; aussi beaucoup de personnes se plaignent des avocats-médecins, comme on les appelle, qui viennent pour aider la justice. Ainsi, s'il y a de vrais médecins experts, il ne faut pas de contre-expertise; s'il n'y en a pas, vous pouvez en faire une.

M. Vleminckx, *membre de l'Académie royale de médecine de Bruxelles.* Mon but n'est pas de rentrer dans le cœur de la question; je ne veux présenter qu'une seule observation. L'honorable orateur, qui a développé trois propositions, a pris à partie notamment l'une des propositions de M. le Président. Cette proposition est celle d'éviter une instruction contradictoire. M. Léon la demande depuis quatre ans. Dans mon pays, en Belgique, on a modifié le Code d'instruction criminelle et on a admis l'instruction contradictoire dans une certaine mesure. Nous n'avons encore que l'expérience de trois années; mais il a suffi de ces trois années pour apprécier le gâchis épouvantable auquel elle a conduit.

Voici, en deux mots, comment l'instruction criminelle se fait. Pendant trois jours l'accusé est maintenu au secret et à la disposition du juge d'instruction; ces trois jours écoulés, il est absolument livré à ses avocats. La visite corporelle ne peut plus s'accomplir sans que la personne qui doit être visitée ne puisse se faire assister soit d'un avocat, soit d'un médecin. Malheureusement, dans notre profession comme dans beaucoup d'autres, il y a des gens tarés. J'exerce les fonctions de médecin légiste depuis un grand nombre d'années, à Bruxelles. Depuis quelques années, il m'est arrivé d'être requis pour des questions semblables, et des prévenus auxquels les visites corporelles étaient ordonnées réclamaient la contre-expertise; mais il ne me plaisait pas d'y procéder avec des médecins tarés et la contre-visite ne pouvait pas être faite. C'est là un des premiers inconvénients que je signale. Je n'ai voulu toucher que ce point du débat, pour vous dire ce qui se passait dans notre pays. L'expérience nous dit déjà, dès aujourd'hui, que la législation doit fatalement être modifiée.

En terminant, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous avez bien voulu me faire; je sens que je ne le dois qu'à ma qualité d'étranger. Je remercie aussi mon honorable ami, M. Gallard.

M. Vigneau. Messieurs, je suis médecin dans une campagne, et c'est comme médecin de campagne que je prends la parole pour vous exposer qu'il n'est pas toujours possible d'avoir trois experts. A un moment donné, on pourrait les avoir; mais on ne le pourrait pas dans toutes les circonstances. Les cas de médecine légale sont très fréquents dans les campagnes. On a deux médecins par village, quelquefois trois ou quatre; on pourra peut-être, sur ces trois ou quatre médecins, en avoir un comme expert, mais il sera très difficile d'avoir les deux autres. Que fera alors l'instruction? Il faudra rester les bras croisés et peut-être, si on ne peut pas procéder à une autopsie immédiate, laisser disparaître les preuves de la culpabilité. L'instruction s'effrayera alors de la difficulté de demander trois experts. Je crois que ce n'est pas praticable; je dis même que c'est impossible. Voilà la seule observation que, comme médecin de campagne, je désirais vous présenter.

M. Gubler. J'ai le regret d'être en contradiction avec M. Léon sur deux de ses propositions. La seule à laquelle je ne ferai pas d'objection est la seconde, c'est-à-dire celle relative au débat contradictoire.

Quant à la première proposition, relative au roulement des experts, je crois que ce que nous a dit M. Léon est en contradiction flagrante avec les principes adoptés par la compagnie tout entière. En effet, nous réclamons des garanties nouvelles, et tout à l'heure M. Daremberg a parfaitement motivé la nécessité de ces garanties nouvelles; celles qu'on avait autrefois étaient ordinairement très suffisantes; mais, en principe, elles pouvaient ne l'être pas. Par conséquent, en admettant tous les médecins des hôpitaux, tous les agrégés des Facultés, tous les professeurs des Facultés, à s'improviser médecins légistes, on se prive absolument des garanties que tout à l'heure on réclamait. Je ne puis donc accepter la proposition de M. Léon.

Quant aux garanties résultant de l'instruction contradictoire, je répète que je suis d'accord avec lui. Seulement, je comprends très bien les motifs qui ont été, tout à l'heure, exposés par notre honorable collègue, M. Vleminckx, et je voudrais simplement qu'à la place de ces « hommes tarés », de ces « hommes sans instruction », ayant peut-être une imagination un peu dévergondée, voulant se produire par un de ces procédés qui ne sont sans doute pas les meilleurs, je voudrais, dis-je, qu'à leur place on mît des hommes compétents et habiles autant qu'honorables, qui appartiendront aux instituts de médecine légale, et alors ceux-là donneront toutes les garanties nécessaires. Il y aura ainsi possibilité d'établir un débat contradictoire et de faire la contre-expertise.

Par conséquent, l'institution que réclamait M. Daremberg, à laquelle nous nous associons généralement, et qui est complétée par un petit amendement que j'ai apporté et surtout par l'amendement considérable de M. Laborde, cette institution, dis-je, vous donnera tous les résultats désirables au point de vue de la sincérité des arguments, comme au point de vue de la ligitimité des conclusions qui seront émises.

Il y a une troisième proposition que je n'ai pas acceptée. Tout à l'heure, M. Léon nous disait : « Mais, comment! quand il s'agit tout simplement de choses qui ressortissent au tribunal civil, on admet la nécessité de trois experts;

tandis qu'au contraire, quand il s'agit de la vie d'un homme, c'est-à-dire d'un intérêt supérieur et éminemment respectable, on se contente d'un seul expert ou de deux?»

Eh bien! oui, c'est parce que la cause est plus grave, c'est parce que l'intérêt est majeur que, pour ma part, je ne voudrais pas trois experts. Si je ne tenais compte des imperfections humaines et de la faillibilité de chacun, je n'en voudrais qu'un seul, mais un seul choisi parmi les hommes présentant le plus de garanties et aussi compétent que possible. Si la question était simple, c'est-à-dire une question de chimie pure, je ne voudrais que le chimiste le plus autorisé. S'il s'agissait d'une question d'anatomie pathologique, je ne voudrais que l'anatomo-pathologiste le plus autorisé. Et voici mes motifs : c'est que plus vous augmentez le nombre des hommes qui sont appelés à donner leur avis, plus vous diminuez la responsabilité de chacun, alors, au contraire, que la responsabilité pèse de tout son poids sur la tête de celui qui vient affirmer ou nier, par exemple, l'existence d'un empoisonnement. C'est pour cela que je voudrais qu'il fût seul et que lui seul portât la responsabilité. (Applaudissements.)

M. Léon. Je désirerais répondre un mot aux premières paroles de M. Gubler. M. Gubler a critiqué ma proposition de nommer les experts à tour de rôle, par voie de roulement, parce qu'en employant cette méthode on n'aurait pas les garanties suffisantes quant à l'expérience des experts.

M. Gubler. Vous avez ajouté qu'on prendrait les experts indifféremment parmi tous les agrégés, les médecins des hôpitaux, etc. N'oubliez donc pas vos propres paroles.

M. Léon. Oui; seulement je lui demanderai : Quand est-ce qu'un médecin arrive à ce degré nécessaire de connaissances spéciales?

M. Gubler. A la suite d'études spéciales et pratiques, généralement réalisées par nos médecins légistes avant même qu'ils n'abordent cette redoutable carrière, mais dont on demandera plus tard la démonstration au moyen d'épreuves de concours.

M. Léon. J'ai assisté à beaucoup d'affaires avec des médecins légistes; j'en ai rencontré devant moi d'absolument jeunes qui, avant d'être nommés experts légistes, n'avaient jamais fait, que je sache, de médecine légale.

Est-ce qu'ils présentaient à ce moment-là les garanties suffisantes?

Nous avons quelques experts légistes de ce genre. Par conséquent je crois que ma proposition n'a rien d'anormal. Ceux que je désigne offrent plus de garanties qu'un jeune médecin à peine agrégé qui tout de suite s'adjoint aux princes de la science et aux experts ordinaires.

M. le Dr Gallard, *secrétaire général.* Messieurs, parmi les pièces de la correspondance que j'ai à porter à votre connaissance se trouvent une lettre du Dr Paris, d'Angoulême, et son travail sur la **Nécessité d'une réforme au point de vue de la médecine judiciaire en France** [1]. Il conclut à ce qu'il y

[1] V. pièce annexe n° 1.

ait des médecins légistes à la Cour de cassation, auprès des Cours d'appel et près des Tribunaux de première instance.

Ce travail eût trouvé naturellement sa place dans la discussion actuelle.

M. Paris, dans sa lettre, exprime le désir qu'il soit porté à la connaissance de la Société; mais une assez longue discussion venant d'avoir lieu sur ce sujet, il ne me paraît pas qu'il soit opportun de la prolonger, d'autant plus que les questions contenues dans notre programme sont nombreuses et que nous aurons à peine le temps de les discuter toutes.

Seulement, sans vouloir vous donner lecture du travail de M. Paris, qui sera reproduit à la suite du compte rendu général du Congrès, je crois qu'il serait fâcheux qu'il ne fût pas porté à la connaissance de l'assemblée, et je vous demande de joindre au procès-verbal les quelques observations que je vais avoir l'honneur de vous présenter.

D'abord M. Paris s'est rallié à cette idée que la médecine légale ne devrait pas être livrée au hasard, à l'arbitraire, et propose la création de conseils médicaux à la Cour de cassation, auprès des Cours d'appel et près des Tribunaux de première instance.

On ne sait pas bien ce que pourraient faire des médecins légistes à la Cour de cassation, où on ne s'occupe jamais de questions de fait; mais la présence d'experts auprès des Cours d'appel et des Tribunaux de première instance me paraît très bien justifiée.

Enfin M. Paris fonde ses demandes sur certains faits qui sont à la connaissance de tout le monde; il rappelle qu'après le procès fameux de Mme Lafarge, de vives discussions de médecine légale se sont élevées. Vous savez tous, en effet, que c'est à propos d'empoisonnement et d'aliénation mentale que nos discussions sont les plus ardentes.

A propos de ce fameux procès, vous vous rappelez quelles discussions nombreuses ont eu lieu. Un publiciste distingué, M. le Dr Berrigny, émettait cet avis qu'il y eût à Paris, par exemple, un Comité médico-légal supérieur, qui serait chargé de connaître de toutes les affaires un peu litigieuses à propos desquelles il y aurait discussion entre les experts et les contre-experts.

Les mêmes faits se sont reproduits dernièrement et justifieraient parfaitement la création de ce Conseil supérieur.

M. Paris fait remarquer que, depuis le fameux procès Lafarge, il ne s'est produit aucune tentative pour la réalisation de ce Comité et que la Société de médecine légale pourrait remplir ce rôle. C'est ce qui vient d'être dit par plusieurs d'entre vous.

M. Paris propose d'ouvrir un concours pour la nomination des experts parmi lesquels seuls les magistrats choisiraient ceux qui seraient investis de leur confiance. Il y aurait ainsi, à côté de chaque Cour d'appel, une sorte d'institut médico-légal et chimico-légal auquel serait affecté un laboratoire où toutes les expertises pourraient être faites.

C'est encore une idée qui vient d'être formulée hier et qui a été accueillie avec faveur par l'assemblée. Je n'ajouterai qu'un mot.

Nous n'avons plus que deux journées devant nous. Condensons nos discus-

sions, si nous voulons avoir le temps d'aborder toutes les questions inscrites à notre programme.

M. le Président. Je propose au Congrès d'émettre le vœu suivant :

Le Congrès international de Médecine légale, après avoir entendu la lecture d'un mémoire de M. Devergie, son Président, et la discussion à laquelle elle a donné lieu, émet le vœu :

Que le Gouvernement établisse en France les institutions qui depuis longues années fonctionnent en Hongrie, en Autriche, en Prusse, en Belgique, en Hollande et dans d'autres États, c'est-à-dire la création d'experts de deux degrés en médecine légale et d'experts en toxicologie, rémunérés aux frais de l'État.

Ces deux catégories d'experts devraient être nommées dans des concours ayant pour base des épreuves essentiellement pratiques;

Que, dans le but de former ces experts, il soit donné une grande extension, dans les diverses Facultés de médecine, au cours de médecine légale pratique, que M. Devergie a institué le premier en France, à la morgue de Paris, en 1834, et qui a été réédifié l'année dernière, sur sa demande, par M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Qu'un enseignement spécial d'analyse toxicologique soit ouvert dans les écoles de pharmacie;

Que ces diverses institutions soient établies dans les diverses Facultés de médecine et les écoles de pharmacie de la République.

Le Congrès charge la Société de médecine légale de rédiger un projet de réglementation publique de ces innovations, de le présenter au Ministre de la justice et de lui donner toute la publicité qu'elle jugera convenable.

Cette proposition est renvoyée à la Société de médecine légale.

M. le Président. La parole est à M. Jeannel, pour développer une proposition.

PROPOSITION

AYANT POUR BUT DE CONSACRER AUX ÉTUDES ANATOMIQUES LES CADAVRES DES SUICIDÉS.

M. Jeannel. Messieurs, tous ceux qui ont vu de près nos Facultés de médecine et nos écoles préparatoires savent que l'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire y est entravée, souvent de la manière la plus regrettable, par la rareté des sujets.

L'extension salutaire des sociétés de secours mutuels est, avec raison, considérée comme diminuant incessamment le nombre des cadavres non réclamés dont les administrations hospitalières peuvent disposer; peut-être aussi le progrès de l'instruction et la multiplicité des journaux ont-ils contribué à répandre dans la population l'horreur de l'amphithéâtre d'anatomie.

Cependant tout le monde reconnaît que les études anatomiques sont la base de la science médicale et que l'instruction des médecins intéresse au plus haut point la santé publique.

L'Administration n'est pas restée tout à fait sourde aux plaintes des doyens et des directeurs de nos Facultés et de nos écoles, et, depuis quelques années, les cadavres provenant de quelques prisons sont livrés aux professeurs d'anatomie, particulièrement à Paris et à Montpellier.

Il s'en faut pourtant de beaucoup que tous les besoins de l'enseignement soient satisfaits.

Je viens, Messieurs, soumettre à votre approbation le projet d'envoyer aux amphithéâtres anatomiques tous les cadavres des suicidés.

Si ce projet était adopté sous la forme d'une loi de l'État solennellement promulguée, je pense que deux avantages en résulteraient nécessairement :

1° L'augmentation des ressources pour les études anatomiques;

2° La diminution du nombre des suicides.

1. *Augmentation des ressources pour les études anatomiques.*

Évidemment, satisfaction serait largement donnée aux Facultés et aux écoles de médecine ; voici dans quelle proportion il est permis de le présumer :

J'emprunte les données statistiques ci-après au *Précis de médecine judiciaire*, de M. Lacassagne, et à la thèse de M. E. Maret, intitulée : *Du suicide en France.*

Dans l'espace de quarante-cinq ans, de 1831 à 1875, on a constaté en France 173,232 suicides.

Le total partiel de chaque période quinquennale, de 1831 à 1875, indique une augmentation rapide.

Le nombre moyen annuel, qui était de 3,317 de 1831 à 1835, s'élève à 6,107 de 1871 à 1875 [1].

En admettant que la moitié seulement des cadavres puissent être utilisés, vous voyez que 3,000 sujets se trouveraient mis chaque année à la disposition des amphithéâtres d'anatomie; les moyens d'étude pour la France entière seraient ainsi plus que doublés [2].

2. *Diminution du nombre des suicides.*

Il s'agit ici de considérations d'une bien plus haute importance, de considérations morales auxquelles le Congrès de Médecine légale ne saurait rester insensible.

Il n'est point ici question des suicides déterminés par la folie. *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action.* (Code pénal, art. 64.)

La question de responsabilité soulevée par la présomption de folie après la perpétration d'un meurtre est le plus souvent très épineuse et ne saurait être soustraite à la compétence des médecins aliénistes.

[1] Les suicides sont en réalité beaucoup plus nombreux que ne l'indique cette statistique. Un grand nombre échappent à la constatation officielle. Esquirol estimait que de son temps les deux tiers des suicides n'étaient pas connus de l'administration publique. Brière de Boismont insiste sur l'impossibilité d'obtenir des statistiques complètes.

[2] Il faudrait, il est vrai, comme dans les instituts anatomiques des Facultés allemandes, établir des glacières permettant de conserver pour la saison d'hiver les cadavres envoyés pendant l'été.

Donc, pour chaque cas particulier, la responsabilité du suicide devrait toujours être établie, en même temps que la réalité.

Il est donc bien entendu que tout ce qui va suivre ne devra s'appliquer qu'aux suicidés reconnus responsables de l'acte qu'ils auront commis.

Le suicide résulte quelquefois, cela n'est pas douteux, d'un mépris passionné des misères de la société humaine et d'un aveugle désespoir, mais souvent aussi il est déterminé par une perversion momentanée du jugement ou du sentiment. Dans le premier cas, celui qui médite de quitter la vie ne se préoccupe guère de ce que deviendront ses dépouilles ; son impitoyable logique enveloppe dans le même dédain les larmes et la honte de sa famille, les prières des ministres de la religion, les honneurs du char empanaché et les répugnantes exhibitions de l'amphithéâtre anatomique. Mais le plus grand nombre peut être détourné d'une résolution fatale par des obstacles fortuits, par l'insuccès, par l'idée de ce qui surviendra après l'attentat consommé. Et ce fait conduit à reconnaître que la société devrait profiter de tous les sentiments et de tous les instincts qui les rattachent à la vie, et en particulier de l'horreur que leur inspirent les amphithéâtres anatomiques, pour détourner de leur fatal projet ceux qui sont tentés de se suicider.

En même temps, la réprobation légale ainsi promulguée tournerait à l'avantage des études anatomiques.

Je propose les conclusions suivantes :

1° Chaque cas particulier de suicide doit donner lieu à une constatation médico-légale, au double point de vue de la réalité du suicide et de la responsabilité du suicidé.

2° Il est à désirer qu'une loi prescrive l'envoi aux amphithéâtres anatomiques de tous les cadavres des suicidés reconnus responsables de leur attentat.

DISCUSSION.

M. Lacassagne. Messieurs, je voudrais faire quelques observations sur la communication qui vient de vous être présentée par M. Jeannel. La statistique qu'il a dressée est très exacte. Il est facile de constater qu'en France il y a une augmentation constante de suicides. Je me demande si réellement il serait possible d'appliquer les conditions que vient de proposer M. Jeannel, pour la réalisation des dissections anatomiques, et si l'on pourrait évacuer sur les amphithéâtres des Facultés de médecine les corps des suicidés, ainsi que M. Jeannel le propose.

D'abord les suicides qui ont lieu dans la campagne sont constatés par le Ministère de la justice. Mais la statistique qui les concerne est moins facile à dresser. Je me rappelle certains cas ; je sais que le suicide est constaté par le médecin de l'état civil. On cherche à pallier cet événement. Il est seulement ébruité, et certainement la famille, dans ces conditions, ne permettrait pas le transport du cadavre d'un des siens dans un amphithéâtre d'école de médecine. Ensuite le transport des suicidés serait fort difficile à exécuter.

Les suicides les plus nombreux ont lieu à Paris. Je crois qu'il est inutile de démontrer que c'est la ville du monde où l'on se suicide le plus. Dans les campagnes les suicides sont extrêmement rares.

Il faudrait donc faire rayonner les corps des suicidés de Paris vers les différentes écoles de médecine ou les Facultés de province. Je crois que vraiment cette pratique offrirait de très grandes difficultés.

Le seul moyen, à mon avis, d'alimenter les amphithéâtres des écoles de médecine et des Facultés, ce serait de s'opposer à la constitution de ces sociétés, qui ont pour but le rachat des victimes de ce genre de mort. Ce sont des personnes pieuses qui s'opposent à la dissection des cadavres dans les Facultés et les hôpitaux.

Nous savons tous que dans les hôpitaux militaires, où l'on peut disséquer ou faire l'autopsie, lorsque le cadavre du militaire n'appartient pas à cet hôpital, nous avons vu certaines personnes de l'hôpital s'entremettre pour faire reconnaître le cadavre, afin d'empêcher l'autopsie d'avoir lieu.

Je crois donc qu'il serait utile, nécessaire, pour les études médicales, de faciliter l'envoi dans les amphithéâtres des cadavres des hôpitaux, mais qu'il n'est ni pratique ni possible d'employer à cet usage les cadavres des suicidés.

Ces considérations, que j'expose un peu rapidement, sont, je crois, suffisantes pour être acceptées. Je le répète, les cas de suicides sont plus fréquents dans les grandes villes que dans les campagnes. Les corps des suicidés dans les campagnes seraient difficilement transportés dans les écoles de médecine. En outre, les familles auraient le droit de s'opposer absolument à ce que l'on prenne le corps d'un de leurs parents, qui peut ne pas avoir obéi à une excitation momentanée, mais qui a succombé à une maladie naturelle qui s'est terminée d'une façon aussi fatale.

M. Gubler. Je voudrais, en quelques paroles rapides, appuyer les considérations qui viennent d'être développées par M. Lacassagne, mais pour d'autres motifs.

Il me semble que la proposition qui a été faite par M. Jeannel aurait pour résultat immédiat d'aggraver la situation des familles dans le sein desquelles se serait produit le suicide.

C'est déjà un très grand malheur ou une honte relative que d'avoir un suicide. Et je crois que, si le corps du suicidé était, en vertu d'une loi, livré à la dissection, ce serait une aggravation extrême de ce malheur déjà si grand qui survient dans une famille.

J'ajoute même que si M. Jeannel parvenait à obtenir ce qu'il propose, il irait à l'encontre de son but. Il est facile de le comprendre.

S'il apportait dans nos amphithéâtres un certain nombre de cadavres, d'hommes qui se seraient suicidés, d'un autre côté, comme il aurait pour but, dit-il, d'augmenter l'horreur du suicide par cette aggravation de peine posthume, eh bien ! il augmenterait aussi les efforts, qui alors seraient légitimes, de la part de la société qui s'est organisée dans ce but, pour empêcher que les cadavres ne soient livrés aux dissections.

Vous le voyez donc, d'une manière indirecte, il arriverait à diminuer le nombre des sujets nécessaires à nos amphithéâtres des Facultés de médecine. C'est par ces motifs que je combats la proposition de M. Jeannel.

M. Devergie. Jamais le législateur ne consentira à enlever à une famille le droit de conserver le cadavre d'un des siens qui se sera suicidé. Il n'est pas possible de priver les familles du droit de faire enterrer les morts [1].

M. le Président. M. de Grósz a la parole pour faire une communication sur la **Législation relative aux aliénés en Hongrie.**

M. de Grósz. Permettez-moi tout d'abord, Messieurs, de vous remercier de m'avoir nommé vice-président de cette séance. Je suis persuadé que vous avez voulu honorer l'étranger bien plus que la science que je puis avoir acquise.

Je vais vous donner maintenant un aperçu de la loi sur les aliénés qui a été élaborée à Bruxelles, par les Congrès de 1866. Depuis ce temps-là, je ne sache pas qu'il y ait eu en Europe aucun parlement qui ait mis la question des aliénés dans ses lois.

Je vais avoir l'honneur de vous lire quelques paragraphes, pour que vous connaissiez l'esprit de notre législation à l'égard de cette question; je commence par le dix-neuvième chapitre :

« Tout aliéné dangereux sera placé dans une maison d'aliénés. »

M. de Grósz cite rapidement un ou deux passages de l'ouvrage indiqué, puis il reprend : Ce sont les principes que nous avons adoptés dans notre législation. Je crois qu'ils sont à peu près conformes aux décisions du Congrès de Bruxelles.

M. le Président. Je donne la parole à M. Legroux, pour la lecture d'un Mémoire.

VALEUR OU SIGNIFICATION MÉDICO-LÉGALE

DES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES.

M. Legroux. Le rapport que j'ai l'honneur de soumettre à la discussion a déjà été communiqué à la Société de médecine légale. Voici comment cette Société avait été amenée à mettre à l'ordre du jour cette importante question.

Dans la séance du 9 mars 1874, notre honorable collègue M. Tenneson a lu un rapport sur un cas de pendaison. relaté par M. le Dr P. Charpentier, de Lagny. Un enfant de quinze ans ayant été trouvé pendu dans un jardin, peu après son déjeuner, M. le Dr Charpentier s'était demandé, en raison de certaines circonstances que je ne rappellerai pas ici, si la mort était bien le résultat d'un suicide ou si elle était due à un crime. M. Tenneson, discutant les différents renseignements fournis par l'autopsie, et en particulier la valeur d'une ecchymose sous-pleurale de 3 millimètres sur 5, trouvée à la partie moyenne du poumon gauche, et d'un emphysème étendu des deux poumons, déclarait ne pouvoir accorder à une ecchymose non plus qu'à l'emphysème une valeur suffisante pour conclure, dans ce cas particulier, au crime, ainsi que

[1] M. Jeannel a adressé une note en réponse aux objections présentées contre sa proposition; cette note est publiée en pièce annexe n° 2 à la fin du Compte rendu.

certaines affirmations de M. Tardieu autorisaient à le faire, si l'on en exagérait la portée. M. Tenneson insista sur la nécessité de préciser la valeur des lésions pulmonaires dans les trois genres de mort violente par asphyxie : la suffocation, la strangulation et la pendaison. Notre regretté collègue, le professeur Bélier, s'associant aux conclusions de M. Tenneson, demanda que des expériences fussent faites pour étudier cette question.

Dans la séance du 8 juin de la même année, M. le Dr Riant a donné une remarquable analyse d'un travail important du Dr Page, d'Édimbourg, intitulé : *De la valeur de certains signes observés dans les cas de mort par suffocation.* Enfin, dans la séance du 13 juillet, une commission fut nommée à l'instigation nouvelle de M. Gallard, et fut composée de MM. Devergie, Riant, Tenneson, Givaldès, Legroux.

Voilà comment la question des ecchymoses sous-pleurales s'est engagée dans la Société de médecine légale; voyons maintenant comment on peut espérer la résoudre.

Je diviserai mon rapport en trois parties : dans la première, j'étudierai les ecchymoses sous-pleurales en général, leurs caractères, les circonstances quelconques dans lesquelles on les rencontre; dans la seconde, je vous rappellerai le rôle qu'on leur a attribué dans la solution de certaines questions médico-légales, j'exposerai les opinions adverses et les faits sur lesquels elles s'appuient; enfin, dans la troisième partie, je décrirai les expériences et les recherches auxquelles je me suis livré, pour vous soumettre en dernier lieu la conclusion à laquelle je crois que l'on doit se fier définitivement.

Ire PARTIE.

CARACTÈRES DES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES.

Disons, tout d'abord, qu'il ne s'agit ici que des ecchymoses disposées sous le feuillet viscéral de la plèvre, la plèvre pariétale n'en présentant pas.

Les suffusions sanguines que l'on peut observer à la surface des poumons se rencontrent sous plusieurs aspects : tantôt ce sont des taches d'un rouge cerise ou noirâtre, d'une étendue assez considérable, irrégulière, à contours bigarrés, festonnés, reposant ou non sur une base indurée, c'est-à-dire n'étant que de simples nappes sanguines superficielles ou bien formant la surface externe de grands épanchements profonds, de noyaux apoplectiques formés dans le parenchyme pulmonaire; tantôt les suffusions, au lieu d'être étendues et de ressembler à celles qui résultent des fortes contusions de la peau, se rapprochent, par leur aspect, leur forme, leur disposition, des taches de purpura ou des sugillations hémorrhagiques. En effet, ces dernières, les plus intéressantes au point de vue que nous envisageons, sont constituées par des taches de couleur rouge sombre ou rouge vif, carminé quand on les examine à l'état frais, souvent entourées d'une auréole rosée, de telle sorte que la tache est alors foncée à son centre et de plus en plus claire à la périphérie; ces taches ont la forme arrondie d'une tête d'épingle noire que l'on verrait par transparence; quelquefois plus petites elles ne forment qu'un point; plusieurs de ces taches étant très rapprochées peuvent se fusionner, et le bord de la plaque ainsi constituée en

agglomération est festonné; quelquefois elles ressemblent à des étoiles; enfin, elles peuvent être linéaires ou en coup d'ongle. La dimension de ces taches est variable, depuis celle d'un point imperceptible (ecchymoses ponctiformes, pointillées, ponctuées) jusqu'à celle d'une lentille (tache lenticulaire) et même celle d'une pièce de 20 centimes, de 50 centimes et un franc. Leur nombre est également des plus variables; parfois on ne rencontre qu'une ecchymose plus ou moins large, tantôt il y en a tout au plus 4, 5, 10, une vingtaine disséminées sur la surface totale des poumons; ailleurs on en constate un véritable semis dans l'intervalle de suffusion d'une étendue plus considérable. Leur lieu d'élection semble être particulièrement les bords tranchants des lobes pulmonaires, surtout des lobes supérieurs, la base concave en rapport avec le diaphragme, les surfaces convexes postérieures ou celles contiguës, moins souvent sur les faces convexes antérieures des lobes, plus souvent les sommets ou le hile pulmonaire.

Dans ces différents points, les taches sanguines sont disposées isolément et au hasard, ou bien elles sont groupées en petit nombre, par îlots de quatre ou cinq, dont quelques-unes se fusionnent avec leurs voisines; enfin elles sont parfois si nombreuses, si fines, que la surface de la plèvre semble criblée à la façon de certains marbres granités que les peintres imitent en projetant leurs couleurs par un coup sec du pinceau tenu comme un goupillon. Il est bien entendu que nous ne confondons pas ici un aspect analogue qui provient des dépôts du pigment noir.

Si l'on examine avec soin le poumon, après avoir lavé et essuyé sa surface, on constate que ni la pression, ni le lavage, ni le grattage ne font disparaître les taches; cependant il faut savoir que sur les pièces fraîches, ainsi que sur les animaux qui viennent d'être sacrifiés, beaucoup de ces taches disparaissent quand on ouvre le cœur, quand on coupe les gros vaisseaux pulmonaires, ou bien encore quand on insuffle les poumons immédiatement. Il n'en est pas de même lorsque les lésions sont moins récentes, lorsqu'on pratique l'autopsie longtemps après la mort: le sang a perdu sa fluidité, les coagulations sont complètes. Les taches dès lors ne disparaissent plus par la section des vaisseaux ou l'insufflation; au contraire même, et si parfois l'aspect ecchymosique s'est un peu atténué sous l'influence de la putréfaction, l'insufflation du parenchyme pulmonaire les rend plus perceptibles, ou même permet de les observer alors qu'on n'en soupçonnait pas la présence. Cette dernière remarque, due à M. le Dr Faure, est de la plus haute importance en médecine légale.

Il n'est pas rare, en effet, de voir des poumons ayant pris un aspect ecchymosique trompeur; la surface de ces organes est marbrée de longues taches brunâtres, lie de vin, qui résultent du refoulement du sang vers le système veineux central qui se fait après la mort et de la stase cadavérique. Eh bien! ces fausses ecchymoses peuvent toujours, à moins que la décomposition ne soit très avancée, disparaître par l'insufflation du poumon, et l'on peut se convaincre dès lors qu'il ne s'agit pas des véritables ecchymoses, ces dernières devenant au contraire plus appréciables et plus distinctes par cette même opération. On peut donc établir que l'insufflation des organes peut être, dans les cas douteux, un moyen de diagnostic important.

De prime abord, quand on examine la surface d'un poumon maculé par ces

ecchymoses, on voit qu'il a conservé son aspect lisse et poli, ce qui tient à ce que la plèvre, la séreuse qui le recouvre, est intacte; mais si avec une pince fine on enlève le feuillet séreux, on constate que la surface a perdu son miroitement primitif et l'on a sous les yeux le tissu grenu du parenchyme pulmonaire teint par places par l'ecchymose. A la coupe, ces taches sont peu épaisses; c'est à peine si elles pénètrent dans le tissu pulmonaire d'un quart ou d'un demi-millimètre.

Si maintenant l'on cherche à définir au moyen du microscope les caractères de ces épanchements sanguins, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois, soit sur des poumons desséchés après insufflation, soit sur ces organes durcis dans l'alcool, on constate les particularités suivantes :

La plèvre apparaît soulevée, détachée, séparée des alvéoles et du tissu périalvéolaire de la tranche du parenchyme par un amas de globules rouges pressés les uns contre les autres, et formant une sorte de petite lentille à plan convexe dont la convexité est tournée vers la plèvre, et la surface plane repose sur la surface même du poumon.

Les alvéoles voisines sont remplies d'air, leurs interstices sont normaux, si bien que le microscope démontre péremptoirement qu'il s'agit bien là de vraies hémorrhagies sous-pleurales, ayant décollé la plèvre de la surface du poumon, mais n'ayant pas pénétré profondément dans le parenchyme alvéolaire. Je ne parle pas ici de ces suffusions sous-pleurales qui accompagnent les noyaux apoplectiques du poumon; là on retrouverait les caractères microscopiques connus des apoplexies.

Tels sont les caractères généraux des ecchymoses sous-pleurales observés dans les circonstances les plus diverses: maladies, empoisonnements, accidents, suicides ou crimes.

Il est certain que ces ecchymoses s'effectuent dans le réseau artériel et veineux, dénommé réseau extraalvéolaire ou sous-pleural, appartenant aux divisions de l'artère pulmonaire et nullement à celles des artères bronchiques. Le réseau intraalvéolaire, émanation du réseau extraalvéolaire, ne doit être lésé que secondairement dans les cas où l'apoplexie parenchymateuse se produit.

En même temps que l'on rencontre sous la plèvre les ecchymoses dont nous venons de donner les caractères, on observe généralement, mais à des degrés fort divers, de l'emphysème intraalvéolaire, surtout aux bords tranchants des lobes, et parfois aussi en plaques à leur surface convexe, ou enfin dans la totalité du poumon. D'après les expériences variées que nous avons faites sur les animaux, il nous a paru que l'emphysème était généralement en raison inverse du nombre des ecchymoses, autrement dit que les poumons très emphysémateux étaient moins ecchymosés que ceux qui étaient plus distendus.

Dans certaines circonstances que nous aurons à spécifier, en même temps que des ecchymoses sous-pleurales on peut rencontrer des lésions analogues sur divers autres organes: la surface viscérale du péricarde, la surface du crâne, les méninges cérébrales, la muqueuse stomacale. Nous reviendrons bientôt sur ces lésions observées simultanément avec les ecchymoses sous-pleurales et qui peuvent prendre par leur ensemble une importance spéciale au point de vue médico-légal.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES ON OBSERVE LES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES.

Voyons maintenant dans quelles circonstances les ecchymoses sous-pleurales ont été observées.

Ces circonstances sont nombreuses et variées. Pour mettre de l'ordre dans notre énumération, nous diviserons les cas suivant qu'ils appartiennent aux maladies naturelles ou aux empoisonnements et aux morts violentes par accidents, suicides ou crimes.

Maladies naturelles. — Il semblerait logique que les maladies à dyspnée, la bronchite capillaire, l'asthme, la pleurésie, etc., fussent remarquables par une facile production d'ecchymoses sous-pleurales; il n'en est rien cependant. Les auteurs qui ont décrit avec le plus de soin l'anatomie pathologique de ces maladies ne signalent pas les ecchymoses en question, et nous n'avons pas souvenir d'en avoir rencontré dans ces circonstances. A part cette prédisposition constitutionnelle qui s'appelle l'hémophilie, caractérisée par la tendance facile aux pertes et aux épanchements de sang, en dehors des maladies hémorrhagipares, telles que le scorbut, le purpura, etc., la variole noire, le typhus, il semble qu'il n'appartient pas aux maladies d'une certaine durée, dépourvues de caractères de violence et de surprise pour ainsi dire, de favoriser l'éclosion des hémorrhagies sous-pleurales. La circulation cardio-pulmonaire est dirigée par un appareil nerveux si merveilleux et favorisée par des conditions physiques et organiques si souples, dirais-je volontiers, que l'on conçoit que des causes de troubles procédant d'une manière progressive, sans secousses, sans saccades, ne puissent pas produire des lésions que nous rencontrons au contraire si fréquemment dans le cas de mort violente, brusque. *On pourrait même, ce me semble, établir en principe que les ecchymoses sous-pleurales sont les indices révélateurs d'une mort rapide, surprenant l'organisme dans un état de santé normal ou en apparence normal.* Voilà un premier point que je veux retenir et sur lequel je reviendrai, car à notre point de vue il a une valeur considérable.

Dans le cadre des maladies naturelles, nous devons ranger les maladies convulsives, l'éclampsie, l'épilepsie, etc., qui, elles, se comportent à la façon des traumatismes bien plus que des maladies à lente évolution. On a signalé l'existence des ecchymoses sous-pleurales sur des sujets morts au milieu des convulsions de l'épilepsie, du tétanos, de l'éclampsie ou par l'attaque apoplectique que cause une grande hémorrhagie cérébrale. La mort, dans ce cas, est survenue en réalité par le fait d'une violence, violence effectuée par ou sur le système nerveux encéphalique profondément troublé, violence intérieure que l'on est en droit de comparer aux violences extrêmes qui tuent en peu de temps. Ces maladies naturelles ne font donc pas exception à l'aphorisme que nous posions tout à l'heure.

Empoisonnements. — Après les maladies naturelles, cherchons dans celles que le poison détermine s'il en est qui s'accompagnent d'ecchymoses sous-pleurales. M. Tardieu et d'autres ont établi que le phosphore, l'arsenic, le mercure, le plomb, la digitale pouvaient compter au nombre des lésions, que leur absorp-

tion lente ou rapide provoque les taches sanguines à la surface du poumon. Ici les accidents n'ont pas la brusquerie d'une attaque convulsive ou d'un traumatisme, c'est en altérant le sang et consécutivement les vaisseaux, c'est quelquefois en portant son action sur le cœur ou le système nerveux que le poison favorise la production de ces ecchymoses, à la manière des poisons telluriques ou miasmatiques, du typhus, du choléra, de la variole hémorrhagique, etc., ou des dyscrasies telles que le scorbut.

Si d'un côté nous voyons des poisons à action lente provoquer ces lésions ecchymosiques, nous savons aussi qu'il en est de même pour d'autres substances, telles que la strychnine, qui déterminent des accidents convulsifs, des accès de tétanos rapidement mortels qui agissent, somme toute, à la manière des attaques apoplectiques, éclamptiques ou épileptiques que nous citions tout à l'heure.

Nous avons vu récemment, au laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté, des ecchymoses sous-pleurales ponctuées sur un chat mort rapidement dans les attaques convulsives qu'avait amenées une injection hypodermique de bromhydrate de cicutine, faite par M. Rochefontaine qui étudiait cette substance.

Ici donc, encore, apparition des ecchymoses sous-pleurales sous l'influence de certains poisons, altérants du sang ou du système nerveux, ecchymoses qui viennent encore déceler pour le médecin que la mort n'est pas le fait d'une maladie spontanée, vulgaire, ayant eu une certaine durée.

Morts violentes par accidents, suicides ou crimes. — Arrivons maintenant aux cas de morts dites violentes attribuables à des traumatismes accidentels, au suicide ou au crime.

Eh bien! chaque fois que la mort survient brusquement, en peu d'instants, de cinq à dix minutes, on a des chances de rencontrer, quand on les cherche, des ecchymoses sous-pleurales.

Dans des cas de chute d'un lieu élevé, d'écrasement par les roues d'une voiture, d'un tramway, d'ensevelissement sous un édifice écroulé, d'étouffement dans une foule, de commotion du cerveau avec ou sans fracture du crâne déterminée par un coup de masse, par une pierre qui tombe de haut, on les a signalées déjà plusieurs fois; M. Tardieu lui-même en a donné des observations.

Dans d'autres circonstances parfaitement assimilables à des traumatismes portant leur action rapide sur la circulation, la respiration ou le système nerveux d'un être peu résistant, je veux parler des morts de fœtus ou d'enfants pendant le cours ou après un accouchement rendu difficile par malformation ou présentation vicieuse, et dans certaines opérations obstétricales (craniotomie, céphalotripsie) pratiquées sur des fœtus vivants, les ecchymoses sous-pleurales sont extrêmement fréquentes : MM. Depaul, Tarnier et les chirurgiens de la Maternité l'ont établi; M. Pinard ici-même nous l'a démontré dans son intéressant travail lu en mars 1877, et vous avez retenu les seize observations sur lesquelles il a basé ses conclusions.

Il est un fait certain, établi par nombre d'observations faites par les accou-

cheurs, c'est que, chez les très jeunes sujets ayant ou non respiré, les ecchymoses sous-pleurales, thymiques, péricardiques, crâniennes, sont très fréquentes et dénotent un trouble circulatoire.

Casper cite un cas dans lequel un fœtus de huit mois, encore enfermé dans l'utérus et dont la mère venait de se pendre, avait des ecchymoses sous-pleurales. Simon est également très affirmatif sur la fréquence de ces lésions chez les fœtus et les nouveau-nés asphyxiés, et il les attribue au peu de résistance des capillaires. Ce fait est capital, car c'est précisément à l'occasion de la mort des nouveau-nés que se pose la question d'asphyxie criminelle par suffocation.

Enfin, dans toutes les formes de l'asphyxie, asphyxie par le charbon [1], asphyxie par décompression rapide, par exemple dans l'accident du pont de Kehl ou dans celui du pont de Chalonnes-sur-Loire, dont M. Gallard a bien voulu me communiquer la relation, on voit des ecchymoses sous-pleurales ponctuées, abondantes chez deux ouvriers plongés dans une cloche à air comprimé à deux atmosphères et qui moururent rapidement au moment de la rupture de cette cloche; dans les asphyxies par submersion, ainsi que le démontrent plusieurs faits et entre autres celui signalé par le Dr Girard, de Grenoble, ainsi que les expériences qu'il a instituées à cette occasion ; dans les asphyxies par compression du thorax, par compression des parois abdominales, dans celles qui résultent d'une hémorrhagie foudroyante telle que peut la produire la section en un seul coup de la trachée et des deux carotides (expérience de M. Grosclaude); enfin, et nous touchons ici au vif de la question, dans les asphyxies par pendaison, strangulation ou suffocation, on constate la présence fréquente, si non constante pour quelques-unes de ces formes d'asphyxie, de taches sous-pleurales avec tous les caractères que nous leur avons assignés plus haut.

Faut-il vous en citer les preuves. Sans aller bien loin, nous les trouverons dans nos propres bulletins. Je vous rappellerai le rapport de M. Champouillon, du 8 novembre 1875, sur un cas mixte de mort par la pendaison et le charbon; l'autopsie fut faite dans le service de M. Gallard, à la Pitié, et montra l'existence de très nombreuses ecchymoses sur les poumons et quelques-unes sur l'endocarde (t. IV, p. 371), ou bien encore je vous citerai le cas de M. le Dr Fredet, de Clermont, sur lequel M. Champouillon, dans la même séance, vous a lu un si remarquable travail ; là il y avait eu suspension et déchirure, supposée faite pendant la vie, de la protubérance annulaire, et M. Fredet trouvait des ecchymoses sous-pleurales lenticulaires en assez grand nombre sur les bords des poumons. Pour la strangulation, c'est M. Tardieu lui-même qui fournira la preuve [1] ; l'observation XII nous montre les ecchymoses larges et nombreuses disséminées à la surface du poumon d'un enfant âgé de sept jours, qui fut étranglé par sa mère, la fille Carré, au moyen d'un lien fortement serré autour du cou.

Pour la suffocation, la question n'est pas à soulever, puisque c'est dans ce

[1] Observations de la femme Drioton, Tardieu et Bayard.

Mémoire de M. Faure sur l'asphyxie ainsi que j'en ai observé un exemple tout récent aux Conférences de Médecine légale que fait à la Morgue M. le Dr Brouardel.

genre d'asphyxie que M. Tardieu déclare que les ecchymoses sous-pleurales sont constantes, caractéristiques, infaillibles.

Donc, ainsi que nous venons de l'établir dans cette première partie, voici une lésion qui, loin de ne se rencontrer que dans une ou deux circonstances bien définies, comme beaucoup de médecins le croient, constitue, au contraire, une lésion commune, fréquente, mais fréquente et commune surtout, — et j'y insiste de nouveau, — dans les morts violentes, brusques, spontanées ou provoquées dont elle est en quelque sorte un signe caractéristique.

J'aurais pu rapporter à l'appui de mon énumération des observations plus nombreuses, des expériences convaincantes; mais cela m'eût entraîné plus loin. L'occasion nous sera probablement offerte d'en citer quelques-unes, si la discussion s'engage à la suite de ce rapport; on en trouvera d'ailleurs un grand nombre rassemblées et discutées dans la remarquable thèse de M. Grosclaude, intitulée : *De la valeur médico-légale des ecchymoses sous-pleurales*, qui fut inspirée par M. le Dr Brouardel et présentée devant la Faculté de Paris en juillet 1877.

IIe PARTIE.

DU RÔLE DES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES DANS LA MÉDECINE LÉGALE.

Si, comme nous venons de le voir, les suffusions sanguines sont fréquentes à la surface du poumon, si elles constituent des lésions communes dans beaucoup de genres de mort violente, il ne s'ensuit pas qu'elles se présentent avec les mêmes caractères dans tous les cas, ou toujours avec une abondance, une confluence qui saute pour ainsi dire aux yeux de l'observateur : je l'ai dit plus haut, parfois l'observateur attentif ne découvre qu'une ou deux, quatre, huit ou dix taches ponctiformes, disséminées, cachées souvent sur les surfaces contiguës des lobes, ou sur les bords tranchants de ceux-ci, souvent n'ayant que des dimensions de 1, 2, 3, 4 millimètres de diamètre; encore faut-il quelquefois insuffler les poumons pour les faire nettement apparaître quand l'autopsie est pratiquée plusieurs jours après la mort; on comprend dès lors facilement que dans beaucoup de cas elles ont pu passer inaperçues ou bien que les observateurs aient pu les confondre avec les taches noires qui marbrent si souvent la surface du poumon humain, ou enfin qu'ils n'en aient pas tenu compte, en raison de leur petit nombre ou de leurs dimensions exiguës. Toutes ces raisons expliquent le silence des auteurs qui, avant M. Tardieu, ont décrit les lésions de l'asphyxie en général. Dans son *Manuel pratique de médecine légale*, 1844, le premier, Bayard avait cependant consigné la présence des ecchymoses sous-pleurales chez un nouveau-né ou des enfants tués par suffocation; mais en 1847, il se borna à constater le fait, sans rechercher s'il y avait là une lésion spéciale à tel ou tel genre de mort par asphyxie. Quelques années plus tard, l'éminent professeur de la Faculté de Paris, doué d'une perspicacité rare, ayant acquis une vaste expérience par l'étude d'un nombre de cas considérable et possédant ce talent d'exposition que vous connaissez tous, présenta les ecchymoses ponctuées comme le signe irrévocable, implacable, pour ainsi dire, de la mort par suffocation. Je me hâte de dire que c'est après une étude attentive,

par une comparaison minutieuse des cas divers, et non à la légère qu'il est arrivé à déclarer, dans des mémoires publiés en 1856 d'abord, en 1863 ensuite, enfin dans sa remarquable étude sur la pendaison, parue en 1870, que les ecchymoses sous-pleurales ponctuées constituent l'un des meilleurs éléments de preuve et de certitude dont la médecine légale puisse disposer, c'est-à-dire que, sous certaines réserves, la seule présence de ces altérations, *à quelque degré et en si petit nombre que ce soit*, suffit pour démontrer d'une manière positive que la suffocation est bien en réalité la cause de la mort; que ces signes permettent de distinguer *sûrement* la mort par suffocation de la submersion, de la pendaison et même de la strangulation, et fournissent ainsi dans plus d'un cas un moyen précieux de ne pas confondre l'homicide avec le suicide.

L'importance de ces affirmations n'échappa à personne, et beaucoup de médecins qui, il faut bien le dire, sont toujours à la recherche de signes pathognomoniques certains et immuables des maladies, aussi bien qu'ils sont également poussés à rechercher les spécifiques thérapeutiques, s'empressent d'enregistrer ces signes de la mort par suffocation et d'en faire le signe indubitable d'un crime dans les cas où l'on peut supposer une simulation de suicide.

M. Tardieu, dans l'édification de sa théorie, a procédé, il faut bien le reconnaître aussi, un peu par affirmation, sans tenir un compte suffisant des opinions contradictoires, qu'il semble traiter d'opinions rétrogrades, pas plus qu'il ne veut faire attention à quelques faits qui infirment son opinion.

Il dit que dans la pendaison jamais l'on ne trouve d'ecchymoses ponctuées sous-pleurales, que dans ses expériences propres il a trouvé des ecchymoses sous-pleurales uniquement sur des animaux suffoqués. La plupart des traités de médecine légale parus depuis les mémoires de M. Tardieu enregistrent les signes spéciaux de la suffocation tels qu'il les a établis, sans discussion, sans réserve, sans contrôle, et c'est sur ces données que nous vivons depuis plusieurs années déjà.

Et cependant, Messieurs, les contradicteurs ne manquent pas; les faits eux-mêmes sont nombreux qui prouvent combien tous les genres de mort violente, soit qu'on étudie les cas de suicide, soit que l'on cherche par l'expérimentation sur les animaux à se mettre dans les conditions analogues à celles que nous offrent les événements humains, les faits, dis-je, sont nombreux qui prouvent que les ecchymoses sous-pleurales ne peuvent pas, ne doivent pas avoir la valeur absolue que leur attribue le professeur de médecine légale de Paris.

Dans les nombreuses et ingénieuses expériences entreprises en 1856 par le Dr Faure, et consignées dans son Mémoire sur l'asphyxie paru en 1856 dans les *Archives générales de médecine*, nous voyons d'abord un certain nombre d'animaux sacrifiés par strangulation, pendaison, ou étouffement, ou submersion, présenter les ecchymoses sous-pleurales les mieux caractérisées. M. Faure en donne une description minutieuse et il remarque, avec raison, que ce n'est pas l'intensité de la lutte respiratoire qui préside à l'opposition plus ou moins multipliée des taches. Enfin, il ne trouve pas de lésions positivement différentielles de tel ou tel genre d'autopsie; bien plus, il montre que dans toutes les asphyxies, de quelque nature qu'elles soient, les phénomènes observés du côté de la respiration, de la circulation ou du système nerveux, sont absolu-

ment identiques, point important qui peut nous rendre compte de l'identité des lésions, sinon de leur constance dans les asphyxies diverses.

Si j'ai cité ici ce travail, ce n'est pas que l'auteur se soit inscrit en faux contre les assertions de M. Tardieu, mais c'est parce que les faits, les expériences qu'il consigne viennent infirmer la doctrine exclusive que nous étudions.

Parmi les contradicteurs, nous voyons le professeur Liman, de Berlin, qui, dans un premier travail imprimé en 1861 et dans un second mémoire publié en 1867, s'élève avec force contre la doctrine médico-légale de M. Tardieu, qu'il caractérise d'erronée et de dangereuse; il déclare que les taches ecchymosiques se rencontrent dans presque la moitié de toutes les asphyxies; que chez les nouveau-nés surtout, cette lésion existe dans les quatre cinquièmes de tous les cas d'asphyxie avant, pendant et après la naissance; que, dans bon nombre de ses observations, les taches de Tardieu ont manqué chez des enfants manifestement suffoqués par occlusion des narines ou de la bouche, ou par l'introduction d'un corps étranger, ou même étouffés par la compression des parois thoraciques ou abdominales.

Il cite les Drs Skozecka et Ssabinski comme se rattachant à son opinion, contradictoire de celle de M. Tardieu. Ce signe, d'après Liman, peut tout au plus appuyer le diagnostic de la mort par suffocation lorsque d'autres preuves font déjà soupçonner ce genre de mort. Il dénie l'existence de symptômes spécifiques dans les organes internes pour tel ou tel genre de mort par asphyxie, pendaison, strangulation ou suffocation, et il n'accorde de valeur à ces lésions, au point de vue d'une accusation criminelle, qu'autant qu'elles se joignent à des traces manifestes de violence qui ne peuvent avoir été commises que par un tiers.

Après Liman, vient le Dr Desgranges, de Bordeaux, qui déclare n'avoir pas toujours rencontré les taches de Tardieu dans des cas de suffocation avérée, et, d'autre part, que quelques cas de pendaison-suicide lui ont fourni également dix preuves pour et contre la présence des ecchymoses sous-pleurales[1].

Rappelons maintenant les expériences de M. Page, d'Édimbourg, que nous a fait connaître M. Riant, dans la séance du 8 juin 1874. Rappelons-nous avec quel soin, avec quelle précision le Dr Page discute les caractères assignés par M. Tardieu aux ecchymoses, qu'il donne comme caractéristiques de la suffocation; rappelons-nous ses expériences de strangulation, de pendaison, qui ont très amplement motivé les conclusions suivantes :

1° Les ecchymoses trouvées à la surface de certains organes, et en particulier du poumon, ne sont pas spéciales à telle ou telle forme de mort, par asphyxie ou apnée, mais communes à toutes.

2° Elles ne sont pas une preuve de la suffocation, comme l'a prétendu M. Tardieu.

3° Si elles se produisent le plus souvent en ce cas, c'est que la circulation cérébrale n'est pas atteinte et que les procédés mis en usage pour amener la suffocation permettent la persistance des efforts pour respirer.

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1867.

4° En médecine légale, leur valeur ne peut être déterminée que par l'existence d'autres signes d'apnée. Enfin, on doit avoir la preuve qu'elles ne sont pas le résultat d'un état morbide.

A côté des expériences concluantes de Page se placent celles du Dr Girard, professeur à l'École de médecine de Grenoble, qu'il publia dans le *Journal de médecine de l'Isère*, en 1876, et qu'il avait entreprises à l'occasion d'une affaire qui se passait devant les tribunaux de l'Isère. Une femme avait été trouvée noyée dans un puits des ecchymoses sous-pleurales et péricrâniennes avaient été constatées par les experts qui déclarèrent, d'après la doctrine de M. Tardieu, que cette femme avait été suffoquée avant d'être jetée à l'eau. Le mari fut accusé d'avoir suffoqué sa femme. Il eût été condamné, si M. le professeur Girard n'était pas parvenu à démontrer, par des expériences précises, que les ecchymoses, telles que les décrit M. Tardieu, peuvent se produire dans l'asphyxie par submersion. On voit, par ce fait, de quelle gravité est la question qui nous occupe, et combien il est utile de la discuter.

Nous avons déjà vu plus haut combien étaient fréquentes ces taches chez les fœtus ou les nouveau-nés. M. Pinard, — je le cite à nouveau, parce que son travail est des plus importants, — vous a montré :

1° Que les taches se montrent aussi bien sur les fœtus morts par arrêt de la circulation que chez les enfants suffoqués;

2° Que les cas dans lesquels on rencontre les ecchymoses sur les fœtus morts ne sont pas si exceptionnels que le croit M. T rdieu;

3° Qu'enfin, chez les enfants morts après leur naissance, par le fait des conditions de l'accouchement, on peut rencontrer les ecchymoses sur des poumons qui ont respiré complètement.

Un nouveau fait publié en 1875, en Allemagne, par le Dr Hoffmann, vient encore de confirmer l'existence des ecchymoses sous-pleurales et péricardiennes chez un fœtus mort pendant le travail et ayant respiré incomplètement dans l'utérus, pendant l'évolution spontanée qui survient au cours d'une présentation transverse et après rupture de la poche des eaux.

M. Brouardel, chargé en 1877 du cours de médecine légale à la Faculté, eut à exposer les questions afférentes à l'asphyxie, et, peu satisfait des théories éditées dans les livres classiques, connaissant ces faits contradictoires, ému également de cette affaire de Grenoble dans laquelle M. le Dr Girard fit tomber une accusation aventurée, entreprit une nouvelle série d'expériences qui firent le sujet de la thèse fort remarquable de M. Grosclaude[1].

Les expériences faites par MM. Grosclaude et Descourt ont porté sur tous les genres de mort par asphyxie et sur certaines autres morts violentes. Il en résulte que, dans la suffocation, la submersion lente ou rapide, la pendaison, dans les fractures du crâne, dans la strangulation, dans les hémorrhagies foudroyantes, les ecchymoses sous-pleurales se produisent; qu'elles semblent plus constantes et plus abondantes dans la suffocation que dans les autres

[1] 1er juillet 1877.

genres de mort; qu'elles sont d'autant plus nombreuses que l'animal est plus jeune, et que leurs caractères n'ont rien de particulier dans tel ou tel cas.

Enfin, dans un livre qui vient de paraître aujourd'hui, sous le titre de: *Traité de médecine judiciaire*, par M. le Dr Lacassagne, professeur agrégé de médecine légale au Val-de-Grâce, la question des ecchymoses sous-pleurales, des taches de Tardieu, ainsi qu'il les dénomme, à l'exemple de l'étranger, en même temps qu'il rend hommage à la perspicacité de cet homme éminent, est étudiée avec soin. Nous avons pu prendre connaissance des passages qui y sont relatifs et nous avons vu que l'auteur élève des doutes sur la valeur intrinsèque de ces lésions, qu'il ne leur accorde d'importance, dans la suffocation, qu'autant que l'on constate les signes de violence aux orifices respiratoires ou dans les canaux eux-mêmes.

Il cite le cas d'un soldat pendu, chez lequel on trouva des ecchymoses en petit nombre au sommet du poumon gauche.

Plus loin, chez un autre pendu, il rapporte l'existence d'ecchymoses très nettes et très accentuées sur les muqueuses de l'estomac, et qui n'avait pas d'ecchymoses sous-pleurales. Ce fait est important parce qu'il prouve le désordre qui survient dans la circulation capillaire et qui peut, étant facilité par une moindre résistance dans tel ou tel organe, déterminer des lésions hémorrhagiques. Nous verrons plus tard une de nos expériences confirmer la réalité du fait.

Enfin, il rappelle que dans les faits de submersion, MM. Bergeron et Montano ont trouvé des ecchymoses sous-pleurales.

Le livre de M. Lacassagne, destiné à devenir classique, fera donc exception aux autres traités de médecine légale française, qui se sont jusqu'à présent tenus dans des données trop vagues, ou se sont bornés à reproduire intégralement la théorie de M. Tardieu.

Par cette revue rapide, mais qu'il m'eût été impossible de faire plus complète, ne voit-on pas qu'une réaction générale se fait contre l'absolutisme d'une doctrine qui peut conduire aux plus graves erreurs judiciaires. En médecine légale, il faut se garder des signes caractéristiques, des certitudes basées sur les lésions organiques: notre corps est de structure trop délicate, nos fonctions s'accomplissent avec une telle complexité, nos connaissances sont trop peu précises encore sur beaucoup de points de physiologie pour que nous soyons en mesure d'édicter pour beaucoup de cas des lois et des théories absolues. Évidemment l'idéal serait, pour la magistrature et les jurys, que l'on puisse répondre toujours catégoriquement aux questions qui se posent dans les procès. L'expert qui affirme avec fermeté, avec assurance, en toute conviction sincère, est écouté avec faveur, et ses opinions font vite autorité. Malheureusement nous ne pouvons pas toujours avoir cette assurance et cette confiance entière en notre science, et il nous faut, nous médecins, confesser que parfois les signes que nous observons sont trompeurs, que surtout notre interprétation est discutable quand elle est trop absolue.

L'histoire des ecchymoses sous-pleurales est là pour démontrer ce que j'avance.

IIIe PARTIE.

AUTOPSIES. — EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX. — THÉORIES PATHOGÉNIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DE LA LÉSION. — DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS.

Dans les recherches auxquelles votre Commission devait se livrer, il était nécessaire de procéder tout d'abord aux quelques autopsies qui pouvaient nous être fournies par certains sujets apportés à la Morgue. Par l'intermédiaire de M. Devergie, il nous a été possible d'ouvrir quelques cadavres d'individus que l'on avait trouvés, les uns pendus, un autre asphyxié sur un four à chaux, et je dois déclarer que ni M. Riant, ni M. Tenneson, ni moi n'avons trouvé d'ecchymoses sous-pleurales dans aucun cas. Ces cadavres étaient tous dans un état de putréfaction avancée, condition fâcheuse pour trouver des taches sanguines parfois fort petites ou très peu nombreuses; d'autre part, quand nous commençâmes nos recherches, nous avions une certaine inexpérience qui nous a fait négliger de faire cette opération de l'insufflation pulmonaire, capable, ainsi que l'a établi le Dr Faure, de déceler l'existence des taches sanguines perdues dans les diverses altérations dues à la décomposition cadavérique. Si donc nos autopsies sont négatives, nous ne nous croyons pas en droit de déclarer qu'il n'y avait pas d'ecchymoses dans ces divers cas, d'autant plus que dans des conditions analogues, chez des sujets suicidés par pendaison, sans suffocation préalable, ces lésions ont été constatées plusieurs fois. C'est ainsi que M. le Dr Gallard a trouvé, sur un suicidé pendu dont il fit l'ouverture, le 15 mai 1875, à la Morgue, de petites ecchymoses éparses sous la plèvre viscérale, grosses pour la plupart comme la tête d'une épingle, quelques-unes comme une lentille et disséminées sur la surface des deux poumons; de plus il constata des extravasations sanguines sur le trajet des vaisseaux cérébraux, surtout marquées à la partie supérieure et antérieure des deux lobes frontaux et à la partie postéro-inférieure du lobe frontal droit.

De son côté, M. Lacassagne a rencontré également des taches de Tardieu sur le lobe supérieur du poumon gauche du caporal Lespinasse, qui fut trouvé mort, pendu à la corde de son lit d'hôpital.

Si donc il est établi que des suicidés pendus peuvent présenter des ecchymoses sous-pleurales, cette lésion, «à quelque degré ou en si petit nombre qu'elle soit» (pour employer les expressions de M. Tardieu), perd sa valeur intrinsèque comme signe d'asphyxie par suffocation.

Il y aurait à dresser une statistique des cas d'asphyxie autres que par suffocation, dans lesquels on a pu rencontrer les taches ecchymotiques, mais les éléments nous ont manqué pour ce travail que l'on pourrait d'ailleurs entreprendre et qui amènerait peut-être à des résultats conformes à ceux déjà formulés par le Dr Desgranges, de Bordeaux, quand il déclara que ses autopsies lui avaient donné dix preuves pour et contre la présence des taches ecchymotiques.

En l'absence d'occasions nombreuses et favorables d'autopsies de cadavres humains, nous dûmes expérimenter sur les animaux tels que le chien, dont l'organisation physique se rapproche tant de l'homme, et je me chargeai de

faire ces recherches dans le laboratoire de physiologie de la Faculté. Avec le concours obligeant et si éclairé du Dr Laborde, chef du laboratoire de M. le professeur Béclard, et souvent en présence de MM. Mathias, Duval, Lacassagne, Gellé, j'entrepris une série d'expériences ayant pour but de produire, dans différents genres de mort par asphyxie, des ecchymoses sous-pleurales et de pénétrer le mécanisme de ces lésions.

Je puis dire tout d'abord que ces expériences sont toutes venues confirmer celles qui, en ces dernières années, ont été entreprises par les hommes qu'effrayait la théorie de M. Tardieu, théorie dont l'absolutisme, si l'on n'y prend garde, peut conduire aux plus graves erreurs qui se puissent concevoir en médecine légale. Nous avons acquis la preuve de l'exactitude des expériences de MM. Faure, Simon, Page, Giraud, Grosclaude, et nous considérons comme vrais et indiscutables les faits publiés par eux; enfin nous nous associons aux déductions qu'ils en ont tirées.

Nous avions à résoudre le problème suivant:

Si les ecchymoses sous-pleurales données comme signes anatomiques de la suffocation se rencontrent aussi dans la pendaison et la strangulation, ces ecchymoses se présentent-elles cependant avec une abondance ou des caractères différents dans tel ou tel genre de mort? S'il y a des différences, à quoi peuvent-elles tenir?

Nous ne reproduirons pas dans tous leurs détails les notes de laboratoire; nous nous bornerons à grouper nos observations de manière à en faire ressortir les points qui peuvent éclairer la discussion.

Par une première expérience, nous avons reproduit les lésions que l'on dit spéciales à la suffocation.

Expérience I. — Un chien de moyenne taille, muselé avec la corde et attaché sur une table, est suffoqué au moyen d'un torchon mouillé, solidement enroulé autour du museau de manière à intercepter autant que possible le passage de l'air. Aussitôt l'animal fait de grands efforts de respiration, mais en vain; il s'agite avec fureur, mais il est retenu par les liens. En peu de temps il cesse de lutter et meurt entre la sixième et la septième minute.

L'examen de l'oreille interne, fait par notre confrère M. le Dr Gellé, très versé dans la science de l'otologie, montre: 1° des plaques ecchymotiques et des suffusions sanguines sous et dans la muqueuse de la caisse du tympan, laquelle est épaissie, vascularisée, décollée, surtout aux environs de la fenêtre ronde; 2° un état congestif rouge foncé de la rampe du limaçon. M. le Dr Gellé considère ces lésions comme un engorgement veineux de l'oreille interne.

L'autopsie montre un type des plus nets des taches de Tardieu, ainsi que l'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur la planche que voici. C'est par centaines que l'on compte les ecchymoses, la plupart ponctuées, quelques-unes linéaires et en coup d'ongle; ni sur le cœur, ni à la surface du cerveau nous ne constatons de suffusions sanguines.

Pendant la lutte respiratoire à laquelle se livre le malheureux animal, l'examen ophtalmoscopique de l'œil est pratiqué et montre une anémie croissante du fond de l'œil.

En possession de ce premier fait et de ce dessin, nous cherchâmes dans une série de pendaisons à retrouver nos ecchymoses sous-pleurales, en même

temps que nous étudiions, pour chaque cas, les conditions générales de la mort pour pouvoir plus tard interpréter le mécanisme des lésions constatées.

Expérience II. — La pendaison fut opérée au moyen de la corde à nœud coulant, et tantôt nous élevions progressivement l'animal entre ciel et terre en tirant sur l'autre bout de la corde passée dans une traverse de bois située à 2m,50 du sol, tantôt nous projetions l'animal, avec la corde au cou, de tout son poids et d'une hauteur de 1m,50 environ, tantôt enfin nous le laissions toucher le sol avec le train de derrière, et alors c'était par ses mouvements précipités qu'il resserrait progressivement la corde passée autour du cou.

En réalité, nous nous placions dans les conditions des différents modes de pendaison usités pour les criminels en certains pays, ou par les suicidés.

Huit chiens ont été ainsi sacrifiés : un seul, pendu, ses pattes touchant terre et mort après une lutte prolongée, ne nous a pas offert la moindre tache sous-pleurale; en revanche, nous trouvions dans son estomac, qui était en pleine digestion, une très belle série de petites ecchymoses pointillées; les sept autres ont tous, à des degrés divers, présenté des taches ecchymotiques.

Trois d'entre ces derniers avaient beaucoup d'ecchymoses à la surface des poumons, plus ou moins larges, semblables à celles obtenues par la suffocation, mais différentes de ces dernières par leur irrégularité de diamètre et de dissémination.

Les quatre autres présentaient beaucoup plus d'emphysème pulmonaire, mais moins d'ecchymoses: celles-ci étaient tantôt limitées à un seul lobe, tantôt associées à un ou deux noyaux apoplectiques de petit volume, mais dans ce cas nous constations l'existence de tubercules pulmonaires qui favorisèrent la lésion apoplectique.

Après cette série de pendaison simple, dans laquelle nous rencontrâmes, sept fois sur huit, des ecchymoses sous-pleurales à un degré quelconque et en nombre variable, nous avons accompli la pendaison dans des conditions destinées à nous renseigner sur le mécanisme probable des lésions hémorrhagiques.

Expérience III. — Un chien fut pendu après section préalable et rapide du nerf pneumogastrique du côté droit. Les poumons furent trouvés emphysémateux sur leurs bords, et offraient encore des ecchymoses en petit nombre, mais en nombre à peu près égal sur le poumon droit comme sur le gauche. L'identité de lésion des deux côtés semble indiquer que le pneumogastrique ne joue aucun rôle appréciable dans la production des suffusions sanguines.

La lutte respiratoire chez ce dernier animal avait été courte et la mort était survenue vers la septième minute.

Trois autres chiens furent pendus après piqûre du bulbe aux environs de l'origine des pneumogastriques. Cette piqûre en ce point du bulbe, que M. Laborde avait maintes fois pratiquée dans un but différent de celui que je poursuivais et dans laquelle il a acquis beaucoup d'habileté, a pour effet de produire immédiatement une syncope, mais syncope respiratoire seule, le cœur ne cessant pas de fonctionner régulièrement. Si, dans ce cas, on laisse l'animal abandonné à lui-même, on le voit, au bout de deux ou trois minutes, refaire des mouvements respiratoires de plus en plus complets et réguliers et, remis de sa commotion bulbaire, reprendre sa vie ordinaire, à moins qu'un épanchement de sang trop considérable ne comprime un peu trop la moelle. En nous plaçant dans ces conditions expérimentales et pendant nos chiens aussitôt que la syncope respiratoire était produite, nous supprimions tout effort, toute lutte respiratoire.

L'animal fait encore quelques efforts pour se dégager, il s'agite un peu, mais tout mouvement respiratoire, tout soulèvement des côtes, toute contraction diaphragmatique

sont arrêtés. Eh bien! dans ces conditions, que nous avons reproduites trois fois pour être à l'abri de lésions de hasard, nous avons vu et nous avons montré aux assistants, à MM. Mathias, Duval, Millard, Lacassagne entre autres, les ecchymoses sous-pleurales ponctuées, quelquefois très nombreuses (nous en avons compté plus de douze sur une surface de 6 centimètres carrés), disséminées à la surface des deux poumons et particulièrement à la face concave de ces organes.

En même temps, nous notions l'absence presque complète de l'emphysème pulmonaire dans ces trois expériences.

Nous croyons devoir faire ressortir dès maintenant l'importance de cette série d'expériences. En effet, elle ruine d'un seul coup la théorie qui attribue les ecchymoses sous-pleurales à la lutte respiratoire, aux efforts stériles d'ampliation de la poitrine, aux inspirations violentes et vaines qui, au lieu de faire entrer de l'air dans les poumons, ne font qu'un appel plus puissant au sang veineux dans la cage thoracique et détermineraient une surcharge de sang dans les capillaires du poumon, une tension exagérée dans les vaisseaux et en dernier lieu leur rupture, et par suite des extravasations ecchymotiques.

Cette théorie, que Page, d'Édimbourg, semble adopter, qui, d'ailleurs, vient naturellement à l'esprit, est anéantie par ces trois expériences : il faudra donc chercher dans d'autres conditions physiologiques l'explication des taches de Tardieu. C'est ce que nous verrons plus loin.

Après avoir étudié la pendaison, nous nous sommes mis dans les conditions de l'asphyxie par strangulation.

Expérience IV. — Un chien de petite taille, du poids de 9 kilogr. 500, est tenu par les pattes sur une table, pendant qu'à tour de rôle nous lui serrons fortement le cou entre les doigts. Après une lutte qui dure quatorze minutes et pendant laquelle l'animal se débat d'abord, respire péniblement, puis très difficilement en faisant entendre un râle trachéal bruyant, puis ne peut plus faire pénétrer l'air dans le thorax malgré les violentes contractions du diaphragme et des muscles élévateurs des côtes, nous voyons la mort survenir avec les mêmes phénomènes qui accompagnent celle par pendaison (émission d'urine, ralentissement et irrégularité du cœur, anesthésie asphyxique, dilatation des pupilles, exagération puis abolition des mouvements reflexes). L'autopsie nous montre :

1° Sur le poumon droit, au lobe supérieur, de l'emphysème très accusé, puis une ecchymose d'un demi-millimètre de diamètre à la face antérieure, deux autres à la face inférieure, l'une ponctiforme, l'autre large comme un grain de millet, enfin six autres ecchymoses en tête d'épingle vers la racine de ce lobe;

2° Au lobe inférieur, toujours du poumon droit, peu d'emphysème, mais sept ecchymoses ponctuées, disséminées sur sa face inférieure, et une vingtaine dont les plus grosses sont comme une petite perle, les autres comme des points, répandues sur la face postérieure de ce lobe;

3° Sur le poumon gauche, sur les trois lobes et sur toutes leurs faces, une douzaine de petites hémorrhagies sous-pleurales ponctuées, et une quarantaine de petits points noirs sanguins, en même temps qu'une dilatation emphysémateuse des bords de ces lobes;

4° Au cœur, suffusions sanguines lenticulaires ou en coup d'ongle;

5° Au cerveau, une ecchymose de quatre millimètres, à la pointe du lobe sphéroïdal droit, en même temps qu'une congestion générale, veineuse, de l'organe dans sa totalité;

6° Sur la crête des circonvolutions de la muqueuse stomacale, un semis ecchymotique très accentué vers le pylore;

7° Sur le duodénum, un peu de congestion, mais moins caractérisée qu'elle ne s'est trouvée parfois sur nos chiens pendus.

Si j'ai donné si longuement les résultats de cette expérience, c'est qu'elle offre un bel exemple des lésions que peut produire la strangulation, c'est que, dans ce cas, les ecchymoses sous-pleurales ont été des plus nettes, c'est qu'enfin, un chien strangulé se trouve dans des conditions identiques avec celles de l'homme en lutte contre des assassins qui l'étranglent et pourraient le pendre ensuite.

Une autre expérience de strangulation suivie de pendaison, au moment où l'animal cesse de pouvoir résister en raison de l'asphyxie croissante, nous a procuré encore un véritable semis d'ecchymoses répandu sur toutes les faces pulmonaires.

Là, nous placions l'animal dans les conditions d'une victime que l'on veut faire passer pour un suicidé.

Ce qui m'a semblé ressortir de ces deux derniers cas de strangulation, c'est que là les ecchymoses, par leur nombre, leur dissémination, se rapprochent bien plus que celles fournies par la pendaison, des lésions que l'on rencontre après suffocation.

Une dernière série d'expériences, dans lesquelles nous voulions réaliser une forme d'asphyxie intermédiaire entre la strangulation et la suffocation, a trait à des ligatures de la trachée. Là, point de compression des vaisseaux du cou, pas de gêne, circulation encéphalique : il n'y a plus qu'un obstacle plus ou moins rapide à la pénétration de l'air dans les bronches. Cette condition ne pourrait se réaliser sur l'homme qu'en supposant qu'avec un doigt ou une boule un assassin parvienne à aplatir la trachée. En disant que cette condition ne peut se réaliser chez l'homme, je me trompe : j'ai connu un jeune enfant de six à sept ans qui, jouant un jour avec une de ces petites flûtes de bois dans lesquelles la soufflerie est obtenue non par la bouche, mais par une vessie de caoutchouc que l'on distend avec de l'air, mourut en quelques instants asphyxié par la vessie de caoutchouc qui, en crevant brusquement dans sa bouche, est venue obstruer par un de ses lambeaux l'orifice de la glotte. C'est là un cas heureusement rare, mais qui se trouva réaliser l'obturation subite des voies respiratoires. Je n'ai pu pratiquer l'autopsie.

Je reviens à mes dernières expériences. La trachée étant mise à nu et isolée, nous avons, dans un cas, serré ce canal au moyen d'un fort fil et nous l'avons serré progressivement avec le garrot; dans trois autres cas, ouvrant la trachée, nous y avons fixé le robinet de Bichat que nous avons fermé tantôt brusquement et définitivement, soit après une inspiration complète, soit après une expiration; tantôt nous avons progressivement fermé le robinet, de manière à rétrécir de plus en plus l'accès de l'air; tantôt, enfin, nous avons fermé, puis rouvert, puis fermé encore l'instrument, de façon à réaliser toutes les conditions imaginables d'obturation trachéale.

Dans cette série de cinq expériences, nous avons constaté la constance de

l'emphysème pulmonaire, lequel était énorme dans le cas de fermeture après inspiration ou après fermetures ou ouvertures successives du robinet, lequel fut infiniment moindre quand la trachée fut obturée après expiration. Les ecchymoses, par contre, furent des plus rares : elles existaient petites et en petit nombre, deux, trois ou quatre, plus ou moins perceptibles. Dans le cas où l'emphysème fut le moins prononcé, nous en comptâmes une douzaine un peu plus larges, très appréciables, ce qui nous confirma dans cette observation, déjà faite chez nos pendus, que les ecchymoses étaient, quant à leur nombre, en raison inverse de l'emphysème lobulaire. Ce point secondaire n'est pas sans valeur et peut expliquer que, dans bien des cas où l'on n'a pas constaté d'ecchymoses, cela paraît tenir de la dilatation par l'air des alvéoles et à la difficulté de l'afflux sanguin dans des poumons distendus par les gaz.

Ainsi donc voilà une suite d'expériences dans lesquelles l'asphyxie fut amenée par suffocation, pendaison, strangulation et ligature de la trachée; dans toutes, à l'exception d'un cas de pendaison, nous constations la production d'ecchymoses sous-pleurales en nombre et en volume variables, mais nous en constations; par conséquent, cette lésion qui, selon M. Tardieu et toujours en lui empruntant ses propres expressions, « à quelque degré et en si petit nombre que ce soit », serait caractéristique de la suffocation, est dans sa généralité uniquement l'expression de l'asphyxie violente et rapide dans l'un de ses modes, et rien de plus. Cependant, si nous recherchons les différences dans les différents modes d'asphyxie, nous n'hésitons pas à reconnaître que ces ecchymoses sous-pleurales sont particulièrement abondantes dans la suffocation, qu'elles le sont un peu moins dans la strangulation, qu'elles le sont encore moins, sans cesser parfois d'être très nombreuses et suivant des conditions dont l'espèce ne nous est pas encore révélée, dans la pendaison. Mais, somme toute, comme ces différences portent beaucoup plus sur le nombre que sur la forme, la largeur, la couleur, etc., nous ne serions pas en droit d'en faire un signe distinctif, si nous n'avions pas des signes extérieurs ou commémoratifs pouvant amener des éclaircissements sur le genre d'asphyxie. M. Tenneson, dans sa première communication faite à la Société de médecine légale, a très bien indiqué que la suffocation ne pouvait être établie que si l'on trouvait un tas de petites ecchymoses; mais ce tas commence-t-il à 10, à 20, à 30 ou 200; ou cessera-t-on de le considérer comme tas quand il n'y en aura que 6?

J'en suis donc arrivé à être convaincu que cette lésion ne peut et ne doit pas avoir une valeur intrinsèque, tant parce qu'on la rencontre en dehors des suicides ou des crimes, dans le cours des maladies spontanées, que parce que dans les asphyxies violentes diverses elle se produit avec une grande facilité et une variabilité qui dépendent de causes fort multiples. Ces causes multiples dans la variabilité de la lésion méritent de nous arrêter un instant.

L'emphysème récent, nous l'avons vu tout à l'heure, semble un obstacle à la production des ecchymoses sous-pleurales; il est probable qu'un emphysème ancien jouerait un rôle important aussi dans la non-apparition des taches chez un homme suffoqué ou étranglé que l'on pendrait ensuite pour faire croire au suicide. L'emphysème pulmonaire ordinaire entraîne avec lui l'oblitération des vaisseaux intraalvéolaires, par suite de l'atrophie des cloisons qui séparent les

alvéoles; les poumons emphysémateux sont des poumons à pauvre circulation. Il y a donc là une condition qui se rencontre fréquemment et qui pourrait soulever une objection sérieuse dans l'interprétation judiciaire des lésions pulmonaires, dans un cas douteux de crime ou de suicide.

D'autre part, les sujets jeunes ont des vaisseaux fragiles, qui se déchirent facilement si la pression intravasculaire vient à augmenter brusquement. Là, contrairement à ce que nous disions de l'emphysème, nous trouvons des causes prédisposantes à la production des ecchymoses sous-pleurales, et nous savons maintenant que des fœtus n'ayant pas respiré ou ayant respiré, mais qui sont morts dans des conditions fort différentes des suffocations criminelles, offrent très souvent des taches sanguines sous-pleurales. Tout récemment, M. Duguet, médecin des hôpitaux, et son interne distingué, M. Rémy, notaient l'existence d'ecchymoses nombreuses ponctuées, disséminées sous la plèvre des deux poumons chez un jeune enfant mort de broncho-pneumonie dans le cours d'une grave coqueluche. Je ne crois pas devoir insister plus longtemps sur ce point, bien qu'il soit d'une grosse valeur, puisque c'est le plus souvent à l'occasion des infanticides que les ecchymoses sous-pleurales ont acquis tant d'importance.

L'existence de lésions pulmonaires anciennes, telles que pleurésies, adhérences, cicatrices de tubercules, tubercules miliaires ou caséeux, jouent aussi et doivent jouer un rôle important dans la variabilité de l'éclosion des taches purpuriques sous-pleurales.

Nous avons vu, sur plusieurs de nos chiens pendus, les ecchymoses s'élargir, se grouper, s'accompagner de noyaux apoplectiques dans des points où un examen attentif faisait découvrir une cicatrice soit de gangrène pulmonaire, soit de tubercules ou bien des tubercules miliaires ou des parasites du parenchyme. Il doit en être de même chez l'homme. En effet, il y a quelques semaines M. Brouardel faisait à la Morgue l'autopsie d'un tripier de la halle qui mourut assez rapidement pendant son travail, probablement par formation d'un caillot intracardiaque : chez cet individu, dont les poumons était criblés de tubercules, on trouva une quinzaine d'ecchymoses sous-pleurales types.

Les lésions du cœur, surtout celles du cœur gauche, insuffisance ou rétrécissement mitral, doivent avoir aussi une importance réelle dans la production des suffusions sanguines à la surface des poumons. Nous savons déjà qu'elles prédisposent à l'apoplexie pulmonaire. Je n'ai pas encore de faits à citer pour les ecchymoses, mais je ne doute pas que, maintenant que l'attention est fixée sur ce point, nous ne trouvions des observations assez nombreuses.

L'heure même à laquelle survient l'asphyxie et l'état de jeûne ou de digestion du sujet doit avoir aussi son importance. Sur le seul de nos chiens pendus qui n'a pas eu d'ecchymoses sous-pleurales, nous avons trouvé l'estomac distendu par un copieux repas tout récent; la muqueuse gastrique, elle, présentait une vascularisation assez intense et, près du cardia, une certaine quantité d'ecchymoses. Sur le caporal Lespinasse, trouvé pendu à la salle de police, M. le professeur agrégé Lacassagne ne trouva pas non plus d'ecchymoses sous-pleurales, mais il constata l'existence d'une congestion intense de l'estomac et du *duodénum*, congestion qui, dans certains points, avait entraîné des suffusions san-

guines dans la muqueuse intestinale. L'homme était à jeun, il est vrai; mais ce point, la muqueuse gastro-intestinale, était peut-être chez lui un point de moindre résistance, par le fait d'excès alcooliques antérieurs, et c'est là que se fit l'effort congestif et hémorrhagique intestinal.

Et c'est une lésion si commune, susceptible d'être facilitée par des causes aussi nombreuses, que l'on voudrait considérer comme pathognomonique d'un seul genre de mort! Cela ne me paraît pas possible à accepter. Si ce signe n'est pas accompagné d'autres symptômes très positifs de suffocation, tels que corps étranger dans la bouche, le pharynx, ecchymoses, écorchures, déchirures du nez, de la bouche, teinte violacée du visage, etc. etc.; s'il n'est pas accompagné en même temps d'ecchymoses péricardiques ou péricrâniennes (bien qu'on pourrait se livrer sur ces épanchements aux mêmes recherches et aux mêmes critiques que soulèvent les ecchymoses sous-pleurales), ce signe, dis-je, est de nulle valeur, et il faut rayer de nos traités de médecine légale ce qui a trait à sa valeur comme signe spécial à la suffocation, parce qu'il peut faire condamner des mères innocentes dont l'enfant présenterait par hasard, ainsi qu'on le voit chaque jour, des taches sous-pleurales, entraîner enfin des erreurs épouvantables qu'un médecin ne peut envisager sans frémir de sa terrible responsabilité.

Pénétrons un instant plus profondément dans notre sujet et cherchons à établir quelles sont les conditions physiologiques qui peuvent présider à la formation de ces lésions si intéressantes.

On a dit, et tout le monde se sentait prêt à l'accepter à présent, que les extravasats sanguins résultaient des efforts vains de respiration auxquels l'asphyxié se livre instinctivement, ou qui s'opèrent par action reflexe provoquée dans le bulbe par un sang anoxhémié, c'est-à-dire privé d'oxygène. Ces efforts font ventouse intérieure : l'air ne pénétrant pas, il y a tendance au vide, et dès lors le sang afflue par le système veineux pendant qu'il est retenu dans le système artériel.

D'où pression exagérée dans les capillaires et leur éclatement partiel. Cette théorie séduisante par sa simplicité, que l'on pourrait qualifier de théorie *ex vacuo*, ne peut tenir, nous l'avons vu plus haut, devant les trois expériences de pendaison après piqûre de bulbe et syncope respiratoire que nous avons relatées plus haut. Elle est également infirmée par les cas de fœtus n'ayant pas respiré qui ont présenté des ecchymoses sous la plèvre : ici nous rappellerons le fait de Casper dont j'ai parlé antérieurement (une femme s'étant pendue, dont le fœtus présentait des ecchymoses sous-pleurales).

Il y a donc autre chose qu'un simple fait de pression atmosphérique. Est-ce une lésion consécutive à un trouble du système nerveux central, retentissant sur les capillaires par les vaso-moteurs ; est-ce une lésion causée par un excès de pressions engendrées par un cœur convulsé dont les battements se précipitent tumultueusement ?

Il est certain que le système nerveux doit avoir une large part dans ces circonstances, mais je ne le crois pas directement ou uniquement acteur dans les conditions que nous étudions ici, dans les asphyxies diverses.

Je sais bien que les taches pulmonaires ne sont pas rares à la suite d'une

attaque apoplectique (M. le Dr Olivier en a donné une observation à la Société de biologie en 1874); je sais bien qu'une commotion cérébrale peut les faire naître, comme chez le bœuf qu'on assomme d'un coup de marteau entre les deux yeux, mais ce que je crois, sans être en mesure de le démontrer par des expériences que je poursuivrai peut-être avec M. le Dr Laborde, le collaborateur savant qui m'a aidé de ses conseils et de ses mains dans le cours de mes recherches, ce que je crois, c'est que le cœur par une inégalité de tension, les vaisseaux capillaires par un excès de pression, le sang par sa surcharge croissante d'acide carbonique, coopèrent chacun pour leur part à réaliser ces lésions.

Il ne me paraît pas impossible que nous rencontrions là réunies les conditions pathogéniques ordinaires diverses des hémorrhagies : troubles du système nerveux, excès et pression dans les vaisseaux, état anormal du sang.

On pourra m'objecter que, si toutes ces causes se trouvent associées, les ecchymoses devraient être bien plus fréquentes, bien plus nombreuses; que des hémorrhagies vraies devraient toujours être observées. A cela je dirai que ces conditions ne se trouvent réalisées que pendant un temps fort court, que la mort sert rapidement de clôture à tous les désordres circulatoires naissants, et que ces ecchymoses sont déjà une première lésion qui serait suivie de bien d'autres si l'animal pouvait survivre. Les pendus dépendus, les asphyxiés en général qui sont secourus et ranimés restent longtemps dans un état de maladie véritable, et l'on voit survenir chez eux parfois des hémorrhagies concentrées, des pneumonies, des gangrènes même du poumon. Ceux-là ont été jusqu'au bout des désordres organiques.

La question du mécanisme des ecchymoses sous-pleurales est fort complexe et très difficile à résoudre. Il ne m'a pas encore été donné de la pénétrer, mais je ne renonce pas à la pousser plus avant.

Permettez-moi de m'écarter un instant des ecchymoses sous-pleurales ; je resterai néanmoins dans le cercle des lésions causées par l'asphyxie, et nous verrons que la médecine légale n'aura rien à y perdre.

Au cours de nos expériences, nous nous sommes occupés, toujours dans le but d'arriver à l'explication de la production des ecchymoses sous-pleurales, de rechercher ce qui se passe du côté du fond de l'œil, dont la circulation artérielle est en connexité si étroite avec la circulation artérielle de l'encéphale, et du côté de l'oreille interne, dont la circulation veineuse est en rapport direct avec la circulation veineuse des tissus et des veines du crâne.

Les examens ophtalmoscopiques ont été faits par le Dr Fieuzal et par nous-même. C'est au Dr Gellé que nous devons, d'autre part, et l'idée de l'exploration de l'oreille interne, et les examens anatomiques que nous allons exposer tout à l'heure.

Ce côté de la question est, croyons-nous, tout nouveau et mérite d'appeler l'attention des observateurs et des médecins légistes. L'œil et l'oreille sont des organes d'une sensibilité extrême, sur lesquels les troubles circulatoires de la tête retentissent rapidement; il y a là tout un ordre de recherches qui ne sera pas sans profit pour la science.

Nous avons constaté, chez quelques-uns de nos pendus ainsi que sur un de

nos étranglés, que le fond de l'œil, à mesure que le sang artériel cessait de parvenir au cerveau, perdait sa couleur rouge intense normale pour devenir de plus en plus blanc : l'anémie rétinienne peut être telle même qu'on ne retrouve plus un seul vaisseau et que la rétine apparaît blanche et nacrée; à peine voit-on deux ou trois veines amincies qui se rendent au centre de la pupille.

Quand on cesse la pendaison ou la strangulation, le fond de l'œil reste blanc, mais les veines reprennent un volume un peu plus considérable.

Nous trouvons là l'indice d'une anémie artérielle encéphalique intense. Le sang ne peut plus pénétrer que par les artères vertébrales qui, cachées dans les vertèbres du cou, ne subissent pas la pression de la corde ou des mains. Mais ces artères, absolument insuffisantes pour fournir à l'énorme circulation de la tête la quantité de sang nécessaire, en apportent assez cependant pour que bientôt le système veineux intracranien, qui, lui, ne peut se déverser par les jugulaires comprimées, se trouve en réplétion excessive.

Les tissus de la dure-mère se trouvent alors distendus, le diploé des os du crâne est congestionné, et l'oreille interne, que l'on peut considérer comme logée dans une vaste cellule de ce diploé, doit être particulièrement congestionnée.

Eh bien! ce que le raisonnement indiquait, l'observation anatomique le découvre et l'affirme. En effet, l'oreille interne de plusieurs de nos chiens pendus ou strangulés examinée par notre ami, le Dr Gellé, a été trouvée très gorgée de sang. Le bulbe était extérieurement violacé, au lieu d'être blanc comme à l'état normal; la muqueuse de la caisse du tympan était criblée de plaques ecchymotiques de la largeur d'un grain de millet à celle d'une lentille; cette muqueuse était épaissie, opaque, noircie en certains points et décollée dans d'autres par des épanchements sanguins; la cavité de la caisse contenait parfois un peu de liquide rougeâtre.

Dans une autre expérience, les lésions ont été bien moins accentuées : on ne constata qu'une vascularisation générale, un peu de liquide rougeâtre dans la caisse.

Il faut ajouter que M. Gellé n'a pas jusqu'ici trouvé chez les hommes pendus qu'il a pu examiner les lésions intenses rencontrées chez nos chiens. Il croit que chez l'homme la mort doit être plus rapide que chez l'animal; que, chez l'homme qui se pend, la syncope ne doit pas tarder à apparaître et que l'arrêt du cœur éloigne les causes de congestion que l'on rencontre chez l'animal.

Quoi qu'il en soit, voici des constatations qui me semblent avoir un intérêt particulier et voici des lésions des organes des sens qui auront peut-être comme destinée de se substituer, en médecine légale, aux lésions ecchymotiques pulmonaires, à l'occasion desquelles elles ont été trouvées. En insistant, je sais bien que je me lance un peu dans l'inconnu; mais il y a là une indication que nous ne devons pas laisser échapper. Je ne vois rien d'impossible à ce que les autopsies humaines, pratiquées à l'occasion des crimes ou des suicides, viennent peu à peu établir des données fort importantes, d'après les lésions de l'œil ou de l'oreille. On peut concevoir, sans être taxé de trop d'imagination, que les pendus, les strangulés puissent avoir une rétine blanche et une oreille interne rouge, tandis que les suffoqués auront conservé la rougeur normale du

fond de l'œil et la blancheur normale de la muqueuse de l'oreille interne. Chez ces derniers, il n'y a pas obstacle considérable à l'apport du sang artériel dans la tête, il n'y a pas obstacle absolu au déport du sang veineux de la tête, puisque la circulation sanguine reste libre. Et, dès lors, si les indications fournies par le raisonnement et si les lésions trouvées chez des chiens se confirment pour l'espèce humaine, nous posséderons en eux des indices bien plus sûrs que les ecchymoses sous-pleurales qui nous permettraient de dire que tel pendu a été préalablement suffoqué et qu'il s'agit d'une victime et non d'un suicidé.

Ne retenez de tout ceci, Messieurs, qu'une hypothèse, qu'une indication pour des investigations ultérieures. C'est l'avenir qui dira si, oui ou non, j'ai eu quelque raison de m'attarder dans ces considérations, inspirées d'ailleurs par une saine physiologie.

Par ce long travail, qui a dû plus d'une fois fatiguer votre bienveillante attention, je crois avoir indiqué les côtés faibles de la question des ecchymoses sous-pleurales au point de vue médico-légal; j'ai cherché à m'éclairer par des expériences et je vous ai rapporté le résumé de mes recherches.

Je dois maintenant formuler les conclusions auxquelles je me suis trouvé conduit, et vous prie de les discuter.

Voici, je crois, ce que l'on peut actuellement formuler :

1° En médecine légale, les ecchymoses sous-pleurales seules ne sauraient avoir aucune valeur, trop de conditions spontanées, anciennes ou récentes, indépendantes des causes de la mort, pouvant y donner naissance.

2° Les ecchymoses sous-pleurales se rencontrent dans les asphyxies violentes par pendaison, strangulation, submersion, étouffements par écrasement du thorax et par suffocation, mais à des degrés un peu différents.

3° Ces ecchymoses à degrés différents ne peuvent prendre une valeur quelconque qu'autant qu'elles seront accompagnées d'un grand nombre de signes qui tous concourront à indiquer tel ou tel genre de mort, et dès lors on peut dire, en faisant encore des réserves s'il s'agit d'individus très jeunes, que les ecchymoses très nombreuses indiquent la suffocation, un peu moins nombreuses la strangulation, un peu moins nombreuses la pendaison, ce qui revient à dire qu'en aucun cas on ne pourra solidement s'appuyer sur ces lésions pour déterminer le genre de mort.

4° Les ecchymoses sous-pleurales sont toutefois l'indice d'une mort rapide et violente, soit extérieure, soit intérieure à l'organisme. (Applaudissements.)

DISCUSSION.

M. le Dr Gubler. Je voudrais soumettre à l'assemblée et présenter à M. le rapporteur quelques remarques.

Il me semble qu'il y aurait lieu de rechercher, dans les cas nombreux où des ecchymoses sous-pleurales ont été constatées, s'il n'y aurait pas entre eux un lien commun, si les conditions productrices des ecchymoses ne se retrouveraient pas dans tous ces faits divers aussi bien que la suffocation proprement dite; en d'autres termes, s'il n'y aurait pas de la suffocation dans la strangulation. Par conséquent, avant de conclure que les ecchymoses sous-pleurales

n'ont pas de valeur comme indice de suffocation quand il y a mort violente, je voudrais qu'on s'attachât d'abord à établir que le mécanisme de la suffocation ne se rencontre pas dans les cas complexes dont il a été parlé.

Je crois qu'il y aurait à faire cette recherche dans le cas de strangulation, où le mécanisme de la suffocation peut être invoqué particulièrement quand la mort n'est pas instantanée. Elle est parfois si peu instantanée que des pendus résistent et peuvent être sauvés, comme on l'a vu en Amérique.

Il se peut que la mort n'étant pas immédiate, n'étant même pas très rapide, des efforts soient effectués pour une inspiration violente, comme ils le sont dans la suffocation, et que le mécanisme de la suffocation trouve là son application.

Voilà une première remarque que je voulais soumettre à M. le rapporteur et à l'assemblée.

M. Legroux, *rapporteur*. M. Gubler nous dit que, dans les cas d'asphyxie autres que la suffocation, il peut y avoir un mécanisme de mort semblable au fond, bien que différent en apparence.

Il est évident que l'homme qui étrangle doit éprouver le besoin, la soif d'air, communs à toutes les variétés d'apnée; mais si, dans son livre, M. Tardieu a insisté sur ce fait, que la suffocation est différente de la pendaison et de l'immersion à quelques égards, il n'en est pas moins vrai que c'est le même effet qui se produit toujours : manque d'air et asphyxie générale.

Il est certain que, dans la suffocation, on cherche de l'air et que le sujet fait des efforts violents pour en faire entrer dans sa poitrine. L'individu qu'on étrangle fait également des efforts respiratoires vains, inutiles. Il y a appel au vide dans la poitrine, car c'est un peu cette opinion qui a prévalu, que l'appel au vide, que des efforts inspirateurs très considérables, violents, convulsifs, que le diaphragme peut opérer, font affluer le sang aux poumons à défaut de l'air qui n'y arrive pas. Alors les poumons se gorgent de sang, les vaisseaux distendus se déchirent et les ecchymoses se produisent. Eh bien! à l'encontre de cette opinion, je vous ai cité trois expériences. La piqûre du bulbe entraîne la syncope respiratoire et la cessation de tout effort inspirateur, et cependant les ecchymoses se produisent. L'ecchymose n'a donc pas uniquement pour cause le mécanisme de l'inspiration violente et forcée.

J'ai dit, dans mon rapport, que beaucoup de conditions diverses pouvaient se trouver réunies pour expliquer l'ecchymose; qu'il y avait le manque d'air, la suffocation violente, l'influence du système nerveux et l'état du sang anoxhémié.

M. le Président. La question se pose très nettement : le médecin légiste peut-il déduire des signes qui ont été indiqués un genre de mort particulier? Voilà la question.

M. Legroux, *rapporteur*. J'ai répondu : non, par des considérations assez longues, et je ne demande qu'une discussion pour que les opinions contraires se produisent.

M. Gubler. Je ne voudrais pas avoir l'air d'un trouble-fête en venant discuter un travail qui paraît avoir conquis les suffrages les plus autorisés; je regret-

terais surtout qu'on considérât mes remarques comme l'indice d'un parti pris de contester des propositions que je regarde, au contraire, comme parfaitement fondées au point de vue pratique. C'était sur le côté scientifique de la question que j'avais pris la parole et que je demande encore à m'expliquer.

Jusqu'à présent, je n'ai fait qu'ouvrir un petit horizon très étroit, mais en lui j'ai déjà pu faire saisir la possibilité de trouver un mécanisme commun à des faits en apparence disparates.

Encore une fois, je n'ai pas abordé l'étude des conclusions pratiques, je suis resté sur le terrain de la question scientifique. C'était, je crois, le droit de tout membre de cette assemblée de prendre la parole sur ce point. (Adhésion générale.)

Je vais continuer sur ce point, si M. le Président le veut bien.

M. le Président. Parfaitement.

M. Laborde. Avant de reprendre la parole, M. Gubler veut-il me permettre de dire quelques mots seulement qui ne nuiront pas à la clarté de la discussion.

Il s'agit ici de conditions très multiples, et mon excellent maître, M. Gubler, avait raison de vouloir rechercher si un phénomène commun ne pourrait pas les relier. Cette pensée est absolument juste au point de vue clinique. Il est évident que les faits cliniques, que l'expérimentation démontrent nettement que le plus grand nombre de morts violentes aboutissent à des ecchymoses sous-pleurales. C'est là un signe commun à un grand nombre de maladies. Il s'agit de savoir dans quelles conditions se produisent ces ecchymoses et de faire des catégories de ces conditions.

Il doit y avoir là un lien commun, et ce qui le prouve, c'est l'existence des ecchymoses dans certaines intoxications.

Mon honorable ami, M. Legroux, vous a fait l'énumération des toxiques qui amènent des ecchymoses sous-pleurales très semblables d'aspect, bien que différentes quant à leur étiologie, aux ecchymoses produites par la suffocation. Il y a surtout un puissant toxique, l'aconitine cristallisée, qui, à la dose de 1/4 de milligramme, peut tuer un animal d'assez haute taille et qui peut amener aussi des accidents graves chez l'homme. Dans ces conditions, cette substance produit rapidement la mort; j'appelle rapide un espace de 25 minutes. 1/4 de milligramme d'aconitine peut tuer un chien, du poids de 13 kilogrammes, en 25 minutes, et il y a toujours des ecchymoses sous-pleurales. En outre, lorsqu'on place les poumons des animaux intoxiqués dans ces conditions à côté de ceux des animaux qui ont été suffoqués, il est impossible de reconnaître ceux qui appartiennent aux pendus, de ceux qui proviennent des animaux intoxiqués.

C'est l'existence de ces ecchymoses qui m'a permis de voir par quel mécanisme la mort était produite chez les animaux intoxiqués par l'aconitine. L'animal mourait par les poumons, puisque, en pratiquant la respiration artificielle et en donnant même une dose double de poison, on peut éviter la mort de l'animal. Il suffit donc de le placer dans les conditions d'une respiration normale pour le sauver. Il y a des phénomènes spasmodiques du côté de la glotte, phénomènes remarquables. La voix est rauque et le doigt, enfoncé dans la

glotte, ne peut plus la franchir. J'ai appelé ce mécanisme le mécanisme de la strangulation toxique.

Il y a, dans ce que disait M. Gubler, quelque chose d'évident au point de vue du mécanisme de la mort; mais, comme il le déclare lui-même, la remarque qu'il a présentée n'enlève rien au remarquable rapport que nous connaissons et que, pour ma part, j'approuve complètement. Je prie seulement l'auteur de ce travail de comprendre, dans l'énumération qu'il a faite, le toxique dont j'ai parlé, *l'aconitine cristallisée.*

Quant aux expériences rapportées par M. Legroux, et qui me paraissent avoir une grande importance, elles pourraient être mal comprises si je ne disais pas un mot sur le moyen expérimental.

M. Legroux a parlé de la piqûre du bulbe.

Il y a dans le bulbe un point particulier, dans les colonnes grises, qui, étant touché par la pointe du scalpel, amène l'arrêt de la respiration, sans que le cœur subisse aucune modification. Vous pouvez avoir compté le nombre des battements du cœur, avoir mesuré son énergie avant cet arrêt, vous retrouverez le même nombre de battements et la même énergie après l'arrêt respiratoire. Il y a simple arrêt momentané de la respiration, si bien que les expérimentateurs, et je suis de ce nombre, qui avaient considéré comme morts ces animaux dont la respiration était suspendue, ont pu constater leur résurrection, ce qui prouve qu'il ne s'était produit qu'une syncope.

Eh bien! nous avons mis à profit ces expériences pour savoir dans quelle mesure intervenait le mécanisme respiratoire. Si vous annihilez le mécanisme respiratoire et si les ecchymoses se produisent comme lorsque l'animal respirait, il est évident que les efforts de respiration ne comptent que pour une minime part dans l'effet produit. Ces faits ne sont pas en contradiction avec ce que j'avançais à propos de l'aconitine. Avec ce poison, la respiration est complètement suspendue et c'est alors qu'il peut se produire, du côté de la glotte, des phénomènes de strangulation qui donnent lieu aux ecchymoses.

M. Gubler. Ces explications justifient ma proposition. Il faut, à l'avenir, catégoriser ces faits si nombreux dans lesquels on rencontre les ecchymoses, et si l'on a eu tort de creuser outre mesure le fossé entre les trois manières de mourir, il ne faudrait pas venir tout confondre aujourd'hui. Il faut rechercher le mécanisme intime de la production de la mort dans ces différents cas, et l'on s'apercevra qu'il y a des circonstances, diverses en apparence, identiques au fond, dans lesquelles le mécanisme de la mort est celui que nous attribuons à la suffocation, alors même que c'est un poison qui a causé la strangulation, pourvu qu'il n'amène pas la mort subite et qu'il permette une résistance, une lutte plus ou moins prolongée de l'organisme. On comprend donc la production des ecchymoses dans ces cas, qui semblent au premier abord n'avoir rien de commun avec la suffocation. Il faudrait reprendre tout cela et établir d'autres catégories : celles par exemple dans lesquelles c'est par les désordres du cœur ou des vaisseaux que se produisent les ecchymoses.

Nous savons aujourd'hui qu'il suffit d'arrêter la circulation dans un département de l'appareil respiratoire pour produire l'apoplexie pulmonaire : voilà

un mécanisme de production des ecchymoses. Un autre serait la suppression de la circulation en retour; un autre encore tiendrait compte de la rupture des tissus ou bien du défaut de coagulabilité du sang. Enfin, je le répète, il faudrait établir des catégories fondées sur la physiologie pathologique et non sur les mécanismes grossiers représentés par les mots : strangulation, suffocation et submersion.

Mais, je le répète, en faisant ces remarques, purement scientifiques, je ne venais pas combattre les conclusions du rapport.

M. Vleminckx. Je n'ai rien à dire aux observations de M. Gubler; quoi qu'il en soit, j'approuve complètement les conclusions du rapport et je m'y rallie, parce que j'ai, par devers moi, des faits nombreux et évidents qui établissent que les ecchymoses sous-pleurales se sont montrées dans d'autres circonstances que dans la suffocation; malgré cela, le phénomène n'en a pas moins d'importance en médecine légale.

Je n'ai rien à ajouter, sinon que tout le monde peut se rallier aux conclusions du rapport.

M. le Président. La parole est à M. le Dr Laforest pour la communication d'une observation se rapportant à la discussion.

M. Laforest. Je désire entretenir le Congrès d'un fait que je crois de nature à éclairer la question et qui confirme, du reste, parfaitement les conclusions de M. le Dr Legroux.

Voici ce fait :

Dernièrement j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une vieille femme décédée dans un hospice où elle avait été admise par charité. La découverte d'ecchymoses sous-pleurales, chez une femme qui a succombé à une mort naturelle, me semble digne d'attirer l'attention; aussi je relate ce fait pour la Société de médecine légale, qui a mis à son ordre du jour la discussion de la valeur des ecchymoses sous-pleurales. Je ne prétends rien résoudre, j'expose les faits tels que je les ai observés.

Observations. — Cette femme, âgée de soixante-quatre ans, aurait été ménagère. Les renseignements sur ses antécédents sont très incertains : elle aurait eu plusieurs enfants. Elle avait, paraît-il, beaucoup de peine à respirer, et se plaignait sans cesse de la gêne et de la brièveté de sa respiration. Il y a deux ans, elle aurait eu une attaque d'hémiplégie passagère, qui serait restée inaperçue sans une certaine maladresse des mouvements et un peu d'embarras de la parole pendant quelques jours. J'ai demandé si elle avait présenté de la déviation des traits du visage, on ne peut me renseigner à cet égard, on n'y a pas fait attention. Le jour de sa mort, elle fut employée dans la maison aux travaux du jardin, où elle transportait de mauvaises herbes. Vers le soir, elle se sentit mal à l'aise et fatiguée, elle alla se coucher; mais au moment où elle commençait à se déshabiller, elle se sentit plus souffrante, s'étendit sur son lit avec l'aide d'une voisine qui était dans la même salle, et, au dire de cette dernière personne, elle succomba sans que celle-ci s'en fût aperçue.

Voulant rechercher la cause de cette mort subite, je pratiquai l'autopsie vingt-sept heures après le décès, et voici ce que je constatai :

La rigidité cadavérique existe encore en partie, aucune trace sur le corps de constriction causée, soit par les vêtements, soit par les liens ou cordons qui servent à maintenir les habits de cette femme.

Cerveau. — Les méninges sont intactes, les artères de la base sont un peu athéromateuses. Les circonvolutions sont absolument saines à leur surface. L'hémisphère droit ne présente rien d'anormal à la coupe. Il n'en est pas de même du gauche; en effet, des coupes successives démontrent l'existence, au niveau des deux noyaux du corps strié, de deux foyers apoplectiques. Ces deux foyers sont inégaux; l'un semble être formé seulement par écartement des fibres nerveuses, et équivaut en volume à une lentille un peu plus grosse que la dimension ordinaire; l'autre est manifestement formé par déchirure des fibres nerveuses. Il a une forme ovalaire avec quelques prolongements insignifiants, il a le volume d'une noix. Le sang dans ce foyer forme un coagulum noirâtre, mou et homogène. Dans le petit foyer, le sang est mélangé à la substance cérébrale, ce qui fait que ce foyer ressemble plutôt à une tache rouge rosée. En faisant couler un peu d'eau avec précaution sur le sang du grand foyer, on en détache des caillots qui permettent de voir une paroi inégale, colorée en rouge, et présentant une consistance ramollie à tel point que les caillots en se détachant entraînent de la pulpe cérébrale. Au point de vue de l'étendue, ce foyer et ses prolongements ne s'arrêtent qu'à l'extrémité même des deux noyaux, aussi bien pour le coudé que pour le lenticulaire; en arrière, notre grand foyer cesse à peu près au même niveau, où l'on trouve le petit foyer, sur une coupe qui passe environ à 4 millimètres et demi en avant de la couche optique. La protubérance est saine, ainsi que le bulbe et le cervelet. Le quatrième ventricule est intact.

Thorax. — La bouche ne contient rien, le pharynx et l'œsophage sont vides aussi. L'épiglotte est fléchie sur l'ouverture du larynx et forme un angle d'un peu plus de 45 degrés. La glotte est intacte, il n'y a rien dans le larynx et la trachée; ni tumeur, ni corps étranger dur, ni matières alimentaires.

Les poumons sont enlevés, adhérents aux sommets, surtout à gauche; les deux plèvres contiennent une très petite quantité de liquide séreux, et encore on peut penser que ce liquide vient des manœuvres nécessitées par l'autopsie. Les poumons sont gonflés et augmentés de volume, ils ne s'affaissent pas autant que d'ordinaire sous la pression atmosphérique. Les parties supérieures du poumon présentent une coloration gris blanchâtre : quelques rares noyaux d'emphysème sous-pleural. Les lobes supérieurs des deux poumons sont dans un état de sclérose avancé, ils sont traversés par place par des bandes fibreuses compactes. Les bronches, surtout celles de moyen calibre, présentent une dilatation cylindrique très accentuée; elles renferment une spume mousseuse assez abondante; nulle part il n'y a de dilatation ampullaire. Les lobes inférieurs sont congestionnés.

Mais ce qui frappe surtout, c'est la présence d'ecchymoses sous-pleurales très nettes à la base du poumon droit. Sur la face qui regarde le diaphragme, on trouve deux larges ecchymoses sous-pleurales dont voici la description et les dimensions : l'une, située à 2 centimètres du bord postérieur, est irrégulière, elle peut bien avoir 2 millimètres sur 1 millimètre et demi; la seconde, à peu de distance de la première, est un peu plus petite. Dans le voisinage, on trouve encore quelques ecchymoses ponctuées. A la face postérieure de ce même poumon droit, et tout à fait dans le tiers inférieur, on trouve encore un semis de petites ecchymoses ponctuées. Rien sur les autres faces de ce poumon droit ni sur le poumon gauche.

Coeur. — Péricarde sain, mais une petite plaque laiteuse en avant et dans le tiers moyen. Endocarde sain. Le myocarde a un peu la coloration feuille morte. Il n'y a pas

de dilatation des cavités, ni d'insuffisance relative. Le ventricule droit contient un gros caillot mou, non fibrineux; l'oreillette droite renferme aussi un caillot gelée de groseilles. Dans le ventricule gauche, on trouve un petit caillot fibrineux; il en existe un semblable dans l'oreillette du même côté.

Abdomen. — Rien du côté de l'estomac, qui est vide. Le foie est petit et ratatiné. Rate sénile. Les reins sont séniles et congestionnés.

Les lésions observées dans l'encéphale sont une raison suffisante de la mort. Cependant cette femme présente des ecchymoses sous-pleurales qui, en médecine légale et surtout pour M. le professeur Tardieu, constituent le signe caractéristique de la mort par suffocation ou par strangulation. D'après cet auteur, dans la mort par suffocation, elles ont une certaine étendue, tandis que, dans la strangulation, ces ecchymoses ne sont plus aussi grosses, mais se présentent comme une série de points de la dimension d'une tête d'épingle disséminées à la surface du poumon, particulièrement au bord postérieur.

Peut-on conserver aux ecchymoses sous-pleurales cette valeur absolue? Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de considérer qu'elles peuvent se constater toutes les fois qu'il y a eu mort rapide, soit par suite de tentatives criminelles, soit par suite d'un accident ou d'une lésion foudroyante. Nous croyons qu'il serait intéressant d'en rechercher l'existence dans la mort subite survenue à la suite, par exemple, d'un accès d'angine de poitrine, d'une hémorrhagie cérébrale ou de la rupture d'un anévrisme.

M. le Dr Chantreuil. Je serai bref. Je présenterai seulement quelques observations sur le remarquable Mémoire de M. Legroux sur la mort rapide et violente.

Je ne veux point vous faire perdre votre temps ; mais j'appellerai votre attention sur les quatre conclusions de ce Mémoire.

Je ne puis qu'approuver les trois premières; mais dans la quatrième conclusion, je crois que M. Legroux s'est un peu avancé en disant que : « les ecchymoses sont l'indice d'une mort rapide et violente. »

En effet, je crois que cette quatrième conclusion doit être supprimée ou modifiée, car elle sera une source de critiques dans le présent et dans l'avenir.

Pour ma part, sans avoir fait des recherches spéciales sur ce sujet, j'ai trouvé un grand nombre de cas où la mort n'a été ni rapide ni violente. Je vais vous en citer quelques exemples, que j'ai trouvés dans les observations d'Ogstone, médecin anglais, professeur à l'Université d'Aberdeen.

J'y ai rencontré quatre cas de pneumonie dans lesquels se trouvait l'ecchymose ponctuée sous-pleurale, deux cas d'œdème pulmonaire, un cas de scarlatine, un cas d'affection du cœur.

Voilà donc huit observations dans lesquelles la mort n'avait été ni rapide ni violente.

Dans une thèse que j'argumentais, j'ai trouvé encore un cas de méningite tuberculeuse chez un enfant de quatre ans.

Enfin, dans la diphthérie, MM. Lorain et Lépine ont rencontré également, ainsi que M. Salet, des ecchymoses ponctuées sous-pleurales.

Dans la syphilis héréditaire ou infantile, M. Lancereaux a signalé aussi plu-

sieurs cas d'ecchymoses sous-pleurales, et M. Roger a reconnu cette lésion dans plusieurs cas de broncho-pneumonie chez les enfants.

Dans toutes ces circonstances, on ne peut pas dire qu'il y ait eu mort rapide ou violente, car je veux même accepter la définition de M. Legroux qui range, parmi les morts violentes, l'intoxication, que n'admettent pas les traités de médecine légale.

Je pense, d'après les faits que j'ai trouvés par hasard dans cette thèse, que la quatrième conclusion de M. Legroux est trop affirmative; c'est pourquoi je propose, sinon de la supprimer, du moins de la modifier.

M. Lacassagne. Je vous demande la permission, Messieurs, de vous présenter quelques courtes observations sur le rapport de M. Legroux, que vous connaissez, soit par la lecture que vous en avez faite, soit par la discussion à laquelle vous venez d'assister.

Ce rapport, très bien fait, résume la question d'une manière complète; je ne lui reprocherai qu'une seule chose : c'est son titre. Peut-on, en effet, à la Société de médecine légale, adopter exclusivement l'expression d'« ecchymoses *sous-pleurales* »? Je tiens à bien faire constater la valeur de ce mot, parce que je n'oublie pas que la Société ne se compose pas seulement de médecins : *sous-pleurales* semblerait indiquer qu'on ne trouve ces ecchymoses que dans la plèvre; il faut bien admettre que, dans la plupart des cas, il en est ainsi, mais on les rencontre également du côté du thymus, sur le cœur, et si on ne les a pas encore signalées du côté du péritoine, c'est que cette séreuse se trouve dans des conditions particulières qui empêchent le sang, qui a subi des transformations spéciales, de s'y rendre.

Les ecchymoses dont il s'agit ne sont pas l'apanage des séreuses; on les rencontre aussi du côté des muqueuses. M. Legroux a fait passer sous vos yeux un dessin constatant l'état de l'estomac d'un individu qui s'était pendu. Cet homme avait succombé à ce qu'on pourrait appeler des ecchymoses sous-pleurales de l'estomac, si l'on ne voulait pas faire en même temps une faute de grammaire et de raisonnement. Aussi, du moment que ces ecchymoses se rencontrent sur les muqueuses, même du côté de l'intestin, je crois qu'il faut leur donner un nom plus générique : je proposerai de faire comme en Allemagne, et de leur donner le nom de Tardieu, qui les a décrites, et de les appeler *taches de Tardieu.*

Je pense qu'il importe au débat de ne pas laisser croire que c'est seulement du côté de la plèvre qu'il faut rechercher ces ecchymoses, puisqu'on les rencontre également sur les autres organes, et j'appelle tout particulièrement l'attention sur celles qu'on observe du côté de la muqueuse de l'estomac. Les Anglais connaissent cette particularité de l'aspect rouge carmin que prend, dans certains cas, l'estomac des pendus, ce qui a pu faire croire quelquefois à des empoisonnements.

Vous voyez donc que ces ecchymoses prennent une véritable valeur; dès lors, on peut, ainsi que le faisait remarquer M. Gubler, leur trouver une pathogénie et une explication qu'il serait impossible de fournir si on les voyait exclusivement localisées du côté de la plèvre.

Je crois qu'il faut chercher dans le système nerveux la cause générale de ce trouble circulatoire, de cette rupture vasculaire qui se produit, comme si tout à coup un barrage venait se placer dans certains petits vaisseaux. La physiologie pathologique ne permet pas d'expliquer ce mécanisme; peut-être, grâce aux travaux sur les phénomènes cérébraux, arrivera-t-on à savoir comment, en cas de mort rapide, il peut se produire, dans les centres nerveux, des troubles circulatoires qui retentissent sur la périphérie, du côté de la plèvre aussi bien que des autres organes. C'est pourquoi je me rallie à ce que vient de dire M. Chantreuil, pensant que la qualification de « violente » n'est pas l'expression exacte des faits eux-mêmes, et qu'il conviendrait plutôt de dire « mort rapide ».

On a observé des ecchymoses sous-pleurales résultant d'un érysipèle de la face, et j'ai eu occasion d'en constater moi-même à la suite d'une granulite aiguë; sans doute, dans ces cas, la mort était arrivée brusquement. Aussi je crois qu'il faut tenir compte de cette donnée qu'il y a eu cessation rapide des phénomènes vitaux.

Je me résume en disant que le mot : *Ecchymoses sous-pleurales* ne me paraît pas répondre exactement aux phénomènes observés, et qu'il vaudrait mieux le remplacer par celui-ci : *Valeur en médecine légale des taches de Tardieu.*

Je crois, en outre, qu'il y aurait lieu de modifier la quatrième conclusion de M. Legroux en ce qui concerne la mort violente.

M. Devergie, *président.* Je ferai observer qu'on ne peut pas donner le nom de « taches de Tardieu » aux phénomènes dont il s'agit. D'abord, si M. Tardieu a décrit ces taches, ce n'est pas lui qui les a trouvées. . .

M. Lacassagne. Je sais, Monsieur le Président, que vous-même avez attiré l'attention sur ce point.

M. Devergie, *président.* Il est plus simple de dire « taches sous-pleurales ». M. Tardieu n'a pas parlé de taches sous-séreuses; il a parlé des taches sous-pleurales dans le cas de suffocation. Je trouve que M. Legroux s'est renfermé dans les limites tracées par les études de M. Tardieu; et, d'ailleurs, nous n'avons à traiter ici que des taches sous-pleurales comme caractères essentiels de la suffocation, symptomatiquement parlant.

La parole est à M. Gallard.

M. Gallard, *secrétaire général.* Messieurs, je suis tout à fait de l'avis de notre honorable Président; nous ne pouvons pas donner un nom propre à une lésion pathologique, alors surtout que nous nous appliquons à démontrer l'inanité de la signification de cette lésion; cela aurait l'air d'une critique tout à fait personnelle dirigée contre l'auteur dont on combat les opinions.

Je crois donc qu'il faut rester dans les termes généraux d'*ecchymoses sous-pleurales.* Nous savons, du reste, que l'auteur dont il est question en ce moment n'a pas limité la démonstration de ces taches à celles qui se présentent sous la plèvre; il a parlé aussi des ecchymoses sous-thymiques et sous-péricardiques.

Quoi qu'il en soit, la médecine légale n'a pas à s'occuper de la pathogénie,

mais seulement de la question de savoir si ces taches peuvent fournir des indications de nature à éclairer la justice dans les cas si obscurs, si difficiles, de suffocation, et à permettre de distinguer la suffocation de la pendaison, de la submersion et des autres maladies naturelles qui peuvent entraîner la mort.

M. Legroux a fait un rapport très bien étudié, très nourri de faits, très lucide, et qu'il a soutenu ici avec un talent de parole que nous avons tous admiré. Mais, qu'il me permette de le lui dire, il n'a traité qu'une moitié de la question.

Il a démontré que les taches sous-pleurales, sous-péricardiques et même sous-muqueuses peuvent se rencontrer dans un nombre de maladies très considérable, et dont M. Chantreuil vient encore tout à l'heure d'augmenter la liste. Il est donc parfaitement prouvé aujourd'hui que ces taches n'ont aucune signification pour aider à reconnaître un état morbide quelconque ayant entraîné la mort. Le médecin légiste n'en doit pas tenir compte quand elles existent; il doit chercher à rapprocher de ces phénomènes presque insignifiants bien d'autres lésions qui ont beaucoup plus d'importance

Il reste un autre aspect de la question à étudier; M. Legroux ne l'a pas abordé, mais il l'aurait traité certainement avec autant d'autorité qu'il a traité le précédent. Il s'agit de savoir si, par cela même qu'on n'accorde aucune valeur à la présence de ces taches, on ne doit attacher à leur absence aucune espèce de signification. En d'autres termes, du moment où un individu a succombé à la suffocation, doit-on trouver ces taches sur ses poumons, ou, au contraire, peut-il avoir été suffoqué sans qu'on rencontre ces taches dites caractéristiques par Tardieu?

C'est ce point de vue de la question que je veux non pas traiter avec le développement qu'il comporte, mais aborder pour vous montrer que l'absence des taches n'a pas plus de signification que leur présence.

La question m'a préoccupé depuis assez longtemps pour que j'y aie mûrement réfléchi et que je me sois fait une opinion qui repose sur des données véritablement sérieuses et scientifiques.

Déjà une première fois, en juin 1863, j'ai rapporté à la Société médicale d'émulation un fait observé par le Dr Mascarel, de Châtellerault, correspondant de notre Société, ancien interne des hôpitaux de Paris, un des médecins les plus distingués de province, d'une très grande expérience et d'une très grande habileté d'observation clinique.

Il avait eu à faire l'autopsie d'un enfant qu'on avait trouvé mort dans une cave, la tête entourée de linges maintenus avec des liens un peu serrés, mais de telle sorte qu'il n'y eût aucune empreinte sur la face ni autour du cou, si bien que si les linges avaient été enlevés au moment où il fut procédé à l'autopsie, on n'aurait pas pu reconnaître la cause de la mort.

Cet enfant avait été étouffé par sa mère, grâce aux linges ainsi appliqués autour des voies respiratoires. Le cadavre fut ouvert; il ne présentait aucune tache ecchymotique.

La femme avoua son accouchement et le mode qu'elle avait employé pour tuer son enfant.

J'ai publié moi-même cette observation [1] en la faisant suivre de quelques réflexions dans lesquelles j'insistais sur l'absence d'ecchymoses dans ce cas, malgré la réalité et l'évidence de la suffocation. Ces réflexions ne passèrent pas inaperçues, et M. Tardieu lui-même prouva qu'elles avaient attiré son attention, puisque, dans l'une des leçons de son cours de la Faculté qui suivirent la publication de mon article, il crut devoir chercher à en atténuer la valeur en donnant à entendre que l'autopsie avait été mal faite et que les ecchymoses en question pouvaient n'avoir pas été vues quoiqu'elles existassent en réalité.

Je répète que M. Mascarel est un homme dont la compétence et le savoir sont au-dessus de tout soupçon, mais enfin je ne puis, en ce qui concerne ce fait, que m'en rapporter à son témoignage, puisque je n'ai pas vu par moi-même. Mais je possède un autre fait tout semblable dont je réponds, puisque c'est moi qui ai fait l'autopsie avec tout le soin et toute l'attention désirables, dans un cas où j'avais eu l'honneur d'être commis par la justice. L'affaire s'est dénouée tout récemment devant la cour d'assises de la Seine, et je vous demande la permission de vous exposer avec quelques détails les questions médico-légales qu'elle souleva; j'y tiens d'autant plus que je retrouve à cette séance un des honorables avocats qui étaient alors au banc de la défense.

Le cadavre d'un enfant nouveau-né fut trouvé enterré dans une cave, le père et la mère se rejetaient mutuellement la responsabilité du meurtre de cet enfant. Je n'avais pas à rechercher qui lui avait donné la mort, mais à dire comment cette mort était arrivée.

La femme en était à son septième accouchement; elle prétendait être devenue enceinte, sans en avoir conscience, des œuvres d'un individu qui se serait introduit subrepticement chez elle pendant son sommeil et ne s'être en aucune façon aperçue de sa grossesse, dont elle n'aurait eu connaissance qu'au moment même où elle aurait été surprise par le travail de l'accouchement.

J'eus à démontrer d'abord la fausseté d'une semblable assertion. Et, pour vous montrer sur quels arguments je pus m'appuyer pour cela, je dois vous lire quelques passages de mon rapport d'expertise :

Le corps, qui était celui d'un enfant vigoureux et bien constitué, du sexe féminin, était recouvert de terre, de boue et de graviers, ce qui n'empêchait pas de distinguer dans les plis inguinaux et dans les aisselles la présence d'un enduit sébacé qui n'avait pas été enlevé. Il pesait 4,150 grammes avant d'être lavé, et 4,050 grammes seulement après avoir été débarrassé de la terre qui adhérait au tégument externe. Il avait 56 centimètres de long; l'ombilic se trouvait à 30 centimètres du sommet de la tête, la circonférence de la tête était de 37 centimètres au niveau des conduits auditifs.

Il n'y avait pas de trace de putréfaction, mais la rigidité cadavérique avait complètement disparu. La peau présentait de nombreuses saillies et des dépressions alternatives dues à la pression exercée par la terre et les petits graviers, mais il n'y avait sur le tégument externe aucune trace de plaie ni de contusion produites pendant la vie.

Les lèvres et la muqueuse de la cavité buccale présentaient une coloration violacée, livide, tranchant sur la pâleur de la peau. Il n'y avait cependant, autour de la bouche, aucune trace d'excoriation, mais les dépressions dont il est parlé plus haut y étaient fort apparentes.

[1] *L'Union médicale*, 30 juin 1863.

Le cordon avait 55 centimètres de long, il ne présentait aucune trace de ligature. Son extrémité n'était pas sectionnée, mais obliquement effilée, comme si elle avait été violemment déchirée, et ses vaisseaux contenaient encore un peu de sang. Le placenta, qui ne m'avait pas été présenté tout d'abord, a été retrouvé plus tard, et son examen fait l'objet d'une addition au premier rapport. Les cheveux étaient longs et abondants. Les ongles, bien formés, dépassaient l'extrémité des doigts. Le point osseux de l'extrémité inférieure du fémur était parfaitement distinct.

Les téguments du crâne étaient gorgés de sang, mais il n'y avait ni contusion ni fracture des os de la tête. Le cerveau était sain. Il en était de même des organes contenus dans la cavité abdominale. L'estomac ne renfermait que des mucosités peu abondantes sans aucun mélange de colostrum ou de lait. Le méconium remplissait toute la partie inférieure du gros intestin.

A l'ouverture de la poitrine, nous avons vu les poumons, d'une coloration rosée, remplir les deux côtés de la cavité thoracique, le gauche recouvrant en partie le cœur. Les cellules pulmonaires étaient toutes dilatées par l'air, et le tissu pulmonaire crépitait sous les doigts, sans qu'il y eût d'infiltration dans le tissu cellulaire interlobaire. Sur la surface des poumons, qui était très finement vascularisée, on n'apercevait aucune ecchymose, aucune tache due à une suffusion sanguine, si petite soit-elle. Il n'existait non plus aucune ecchymose sur la surface du cœur ni sous le péricarde pariétal.

Les deux poumons, enlevés en masse avec le cœur et le thymus, puis plongés dans l'eau, surnageaient en totalité. Il en était de même de chacun de leurs fragments, en si petits morceaux qu'on les eût coupés. Chacun de ces morceaux, pressé sous l'eau, laissait dégager une quantité de petites bulles gazeuses extrêmement fines, puis remontait à la surface du liquide lorsqu'on l'abandonnait après l'avoir ainsi pressé.

La muqueuse bronchique était d'une coloration rosée. Les bronches et la trachée ne renfermaient ni mucosités ni liquides d'aucune sorte. Le cœur était sain, il y avait un peu de sang noir dans les cavités droites, le trou de Botal n'était qu'incomplètement oblitéré.

De ces données il résulte que l'enfant est né à terme et qu'il est né vivant, qu'il a vécu, qu'il a respiré et largement respiré, qu'il a même dû pousser des cris assez forts. Quant à la cause de la mort, comme elle ne s'explique ni par un vice de constitution ni par une maladie quelconque, puisque tous les organes étaient sains, on ne peut l'attribuer qu'à la gêne qui a été apportée à la respiration aussitôt après la naissance et qui a consisté dans une oblitération des voies aériennes. Ce qui nous prouve que telle est bien la cause véritable de la mort, c'est l'état de congestion des lèvres et de toute la bouche. Il est très vrai que je n'ai pas retrouvé autour de la bouche de traces caractéristiques de la pression exercée par l'objet dont on a dû se servir pour oblitérer les voies aériennes; mais, d'une part, ces traces ont pu se confondre avec les dépressions par les graviers et la terre qui recouvraient tout le cadavre, dépressions qui, je l'ai déjà fait remarquer, étaient plus profondes et plus nombreuses autour des lèvres que partout ailleurs, et, d'autre part, les orifices de la bouche et des narines ont pu être oblitérés de façon à arrêter la respiration et à déterminer la mort par un objet mou dont la pression ne pouvait laisser aucune trace, un morceau de linge par exemple.

Ce n'est pas à une hémorrhagie provenant de l'absence de la ligature du cordon que la mort doit être attribuée, car le cordon a été non pas coupé, mais arraché, ce qui apporte un obstacle à l'hémorrhagie, et le cadavre n'était nullement exsangue; il y avait au contraire de la congestion des divers organes, principalement du cerveau et des poumons, on trouvait même du sang en quantité notable dans les cavités droites du cœur et jusque dans les vaisseaux du cordon.

Il était bien évident que cet enfant n'avait pas été enterré vivant, comme l'a-

vaient annoncé certains journaux à sensation, au moment de la découverte du crime.

Il était non moins évident qu'il n'avait pas été noyé, comme on avait pu le croire un instant au cours de l'instruction. On avait prétendu qu'aussitôt après sa naissance, il avait été plongé la tête la première dans un seau plein d'eau, mais je ne trouvais ni dans les bronches ni dans la trachée aucun signe caractéristique de la submersion.

J'avais vu des empreintes un peu plus marquées autour de la bouche, et je conclus que c'était par la compression des fosses nasales, à l'aide probablement d'un linge interposé, qu'avait eu lieu l'asphyxie.

Lors de la discussion qui s'éleva entre les deux accusés, l'un dit d'abord que l'enfant avait été plongé la tête la première dans un seau d'eau et que c'était seulement après la mort que la bouche et les fosses nasales avaient été oblitérées par un linge.

Plus tard, à l'audience, M. le Président me fit l'honneur de me demander si je pensais qu'un linge mouillé placé devant les fosses nasales avait pu déterminer la mort. J'expliquai qu'il n'était pas nécessaire, selon moi, que le linge fût mouillé; qu'un linge sec, tel qu'un mouchoir, appliqué devant les narines et la bouche, avait pu suffire pour produire le mode d'asphyxie constaté.

Un débat s'établit pour savoir si la main seule, placée devant ces orifices naturels, aurait pu déterminer la suffocation dans les conditions relevées. Je pus dire qu'en effet, matériellement, absolument, l'interposition de la main aurait pu suffire à empêcher la respiration; mais je fis observer qu'il eût fallu pour cela une main à la fois habile et légère comme ne pouvait l'être celle des parents qui avaient dû commettre le crime, parce que, en cas pareil, la main du coupable ne reste pas seulement appliquée hermétiquement devant les fosses nasales et la bouche de façon à les oblitérer sans les meurtrir, mais elle se crispe devant ces orifices, et l'on retrouve alors l'empreinte des doigts et des ongles dont l'absence, dans l'espèce, me faisait affirmer qu'entre la main et les orifices il y avait eu un corps mou interposé, un tampon de linge par exemple.

Alors, l'un des deux accusés, le mari, dit à l'audience qu'en effet les choses s'étaient passées comme je venais de l'indiquer; que sa femme avait pris l'enfant au moment où il venait de naître, et qu'avec un linge de laine placé devant la bouche, elle l'avait étouffé immédiatement.

L'impression du jury fut conforme à cette déclaration, car le mari fut acquitté et la femme condamnée pour avoir étouffé son nouveau-né.

Voilà donc un fait de suffocation avéré, bien patent, sans qu'il y ait la lésion caractéristique sur laquelle M. Tardieu a tant insisté et à laquelle on vient de vous proposer d'attacher son nom.

Nous nous trouvons donc conduits à cette seconde conclusion, qu'il convient d'ajouter au rapport de M. Legroux, que :

Si les ecchymoses sous-pleurales ne signifient rien par leur présence, en ce sens qu'elles peuvent se rencontrer dans une foule de cas pathologiques divers, elles ne signifient pas davantage par leur absence, en ce sens qu'il peut y avoir suffocation, sans que ces ecchymoses se soient produites.

Un Membre. J'ai vu des cas d'ecchymoses sous-pleurales chez des enfants morts de la manière la plus naturelle. Cela n'a donc pas une grande importance, au point de vue criminel.

M. le Président. Je donne la parole à M. Comby, avocat.

M. Comby, *avocat.* Le docteur Gallard vient de faire appel à mon témoignage, cependant je ne partage pas son avis et je ne crois pas que, dans les cas qu'il vient de rapporter, la suffocation des voies aériennes soit parfaitement établie.

Il est vrai que, devant la cour d'assises, les accusés ont changé de système de défense, mais je crois qu'en matière scientifique, les médecins experts ne doivent pas formuler leur opinion d'après les aveux des accusés. Je ne crois pas que, dans le cas présenté par M. Gallard, il faille en conclure qu'il y a eu suffocation par oblitération des voies aériennes.

Voilà pourquoi d'abord, au point de vue de la chose jugée, dans cette *affaire Poisson*, le mari s'était accusé d'avoir tué l'enfant; il indiquait des conditions particulières de cette mort.

Il est allé plus loin que les médecins experts. Il a dit qu'il avait étranglé l'enfant, et l'on ne trouvait aucune trace de la strangulation.

Je trouve qu'il y a un danger pour le médecin expert de connaître par avance le système des accusés.

Dans cette affaire, je le répète, le mari fut acquitté par le jury. Cependant à l'autopsie, dont j'ai le procès-verbal sous les yeux, M. Gallard constate que les organes étant sains, il ne pouvait conclure à la suffocation par l'oblitération des voies aériennes. Il s'est aidé dans ce raisonnement des aveux de l'accusé. Je dis encore une fois qu'il y a là un danger, de savoir ce que peuvent dire les accusés. Tout ce qu'ils mettent en avant pour leur défense doit être mis de côté par le médecin expert.

De l'observation de M. Gallard il ne faut pas conclure que, dans ce cas particulier, et alors que l'enfant était viable, alors que la femme était debout, la mort a été le résultat d'un crime. Le cordon avait été arraché par la mère. La mère a toujours nié avoir porté ses mains sur l'enfant. Il aurait pu y avoir une mort naturelle.

Dans un infanticide, on trouve fort souvent des ecchymoses sous-pleurales. M. Tardieu a fait, à cet égard, des observations nombreuses. Il les a indiquées dans son ouvrage. Il a voulu en faire un signe particulier. Cependant il a été trop loin dans sa théorie.

Mais ce qui est indéniable, c'est que, dans des cas d'infanticide où l'enfant a été étouffé, et où l'instruction avait d'autres motifs pour conclure à l'étouffement, M. Tardieu indique les ecchymoses sous-pleurales.

Toutefois, Messieurs, dans les deux observations qui ont été présentées, je ne trouve pas des preuves suffisantes pour dire que dans tous les cas de suffocation on trouvera des ecchymoses sous-pleurales.

Du rapport qui vous a été présenté il résulte que vous avez la possibilité, dans une affaire d'infanticide, de vous rendre compte que, dans un cas de suffocation par l'oblitération des voies aériennes, il n'y a pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Je dis donc qu'il n'est pas possible, d'après l'opinion émise par M. Gallard, d'arriver à cette conclusion.

Dans l'affaire qui s'est passée en 1863, il vous indique qu'un enfant fut découvert dans une cave, dans des conditions qui montraient qu'au point de vue de la certitude scientifique, cet enfant avait pu mourir de mort naturelle et qu'il n'était pas mort quelques heures après l'accouchement.

Si l'on avait entouré la tête de l'enfant de linges, peut-on en conclure qu'il était mort par suffocation?

Ah! si on trouvait, comme dans la dernière observation de M. Gallard, des dépressions qui, toutes, indiquaient qu'on avait fait tout pour oblitérer les voies aériennes, on aurait pu en conclure que, probablement, il y avait eu suffocation. Et alors, je serais tenté de me ranger à l'avis de M. Gallard.

Maintenant, Messieurs, si devant la cour d'assises je n'ai pas discuté le rapport de M. Gallard, c'est qu'on n'accusait pas la femme d'avoir tué l'enfant. C'est le mari qui, seul, était accusé d'avoir porté ses mains sur le nouveau-né. Il était accusé de ce crime, d'après ses aveux mêmes! Eh bien! dans ce fait particulier, c'est la femme qui a été condamnée.

Mais il ne faut pas qu'ici les condamnations ou les résultats des affaires soient admis comme une preuve au point de vue scientifique. Cet homme s'était seul accusé du crime; le jury l'a acquitté.

Au point de vue judiciaire, il y avait une présomption pour penser qu'il n'avait pas tué l'enfant.

Si j'avais discuté le rapport de M. Gallard, je lui aurais dit qu'il n'était pas possible de conclure qu'il y avait eu suffocation par oblitération des voies aériennes. A mon avis, la seule conclusion était de dire que le médecin lui-même ne pouvait pas reconnaître qu'il y avait eu étouffement par les voies aériennes.

Je le répète, avec le rapport de M. Gallard, je ne voudrais pas conclure en des matières où ma compétence est entièrement nulle, où je ne puis pas avoir la prétention de connaître en médecine légale ce que l'expérience de M. Gallard lui a révélé. Et alors, il y a une conclusion qui peut être fort grave pour la médecine légale.

Je crois devoir dire que, dans les observations qu'il vous a présentées, il découle d'une façon certaine que, dans ces deux cas, il y a eu évidemment une suffocation et qu'on n'a pas trouvé d'ecchymoses sous-pleurales.

C'est ce qu'il me paraît important de démontrer.

M. Gallard. Il ne s'agit pas ici de traiter l'affaire Poisson que M. l'avocat Comby a eu tout le loisir de discuter devant la cour d'assises. Si l'on avait jugé comme il vient de discuter, la conclusion n'aurait pas été favorable à ses clients.

Il s'agit, pour moi, de répondre à une insinuation.

M. Comby vient de vous dire que j'ai rédigé mon rapport d'après les déclarations des accusés. C'est le contraire qui est l'exacte vérité. C'est après que j'ai eu conclu à la suffocation que les accusés ont fait les aveux les plus complets sur le crime accompli.

Je ne veux pas rentrer dans la discussion médicale, mon rapport est là. Il

y a des cas de suffocation que j'ai indiqués. Vous y trouverez tous les *desiderata* qu'il a exprimés; ils y sont parfaitement exposés.

M. de Grósz. Je suis tout à fait de l'avis de M. Gallard. Le médecin légiste doit formuler ses conclusions en réfléchissant à toutes les circonstances et non pas seulement à l'individu que la cause intéresse. Le médecin légiste ne peut pas cacher sa tête dans le sable comme les autruches, si vous me permettez cette expression; il doit mettre en relief toutes les circonstances sur lesquelles il doit donner son opinion. Aussi je crois qu'il ne faut jamais lui donner des énigmes à résoudre; au contraire, les hommes de loi font très bien de mettre à sa disposition tous les moyens à l'aide desquels il pourra connaître toutes les circonstances qui ont rapport au cas sur lequel il doit prononcer. Je comprends parfaitement ce que M. Gallard nous dit sur le cas spécial de cet enfant asphyxié. Il a même dit que tel signe, par exemple l'état des poumons, pouvait conduire à conclure à l'asphyxie de l'enfant sans prendre connaissance de toute autre circonstance. C'est aussi mon avis sur ce cas spécial.

Quant aux ecchymoses sous-pleurales, je dirai que j'ai eu l'occasion de faire, de 1855 à 1869, l'autopsie des nouveau-nés asphyxiés. Il n'y a qu'un seul cas où j'aie constaté des ecchymoses sous-pleurales. A Buda-Pesth, une mère et son nouveau-né ont succombé à une asphyxie par l'acide carbonique. Un poêle mal construit avait dégagé de l'acide carbonique, la mère et l'enfant sont morts par asphyxie. Dans ce cas, j'ai vu des ecchymoses sous-pleurales; dans tous les autres cas, je n'en ai pas observé chez nous. En général, l'opinion la plus répandue est que les ecchymoses sous-pleurales ne peuvent nullement démontrer qu'il y a eu ou non asphyxie.

Elles ne peuvent donc constituer ni une preuve positive ni une preuve négative.

M. Legroux, *rapporteur*. Je répondrai en quelques mots aux différents orateurs qui ont bien voulu prendre la parole. A M. Chantreuil je répondrai ceci: C'est que depuis qu'on s'occupe des ecchymoses sous-pleurales, on en découvre où l'on n'en constatait pas la présence. Par conséquent, cela n'infirme pas absolument ce qu'il disait, à savoir, qu'elles ne se rencontrent pas seulement dans les cas de mort violente et rapide. Je suis tout à fait prêt à me rallier à son argumentation et à modifier la quatrième conclusion de mon rapport.

M. Lacassagne a demandé qu'on donnât aux ecchymoses sous-pleurales le nom de taches de Tardieu. Il lui a été répondu que cela appartenait aussi bien à M. Bayard et à M. Caussé (d'Albi), qui en avait mentionné quelques exemples avant M. Bayard. Il importe d'ailleurs assez peu qu'elles portent ce nom.

Je ne discuterai pas la communication de M. Gallard; elle l'a été suffisamment par M. Comby. Mais M. Gallard a eu raison de dire qu'il ne s'était pas appuyé, pour formuler son opinion, sur les dires d'un accusé, et il n'a pu avoir été influencé par ses fils qu'il ne connaissait pas.

M. de Grósz a dit qu'en Hongrie on n'a pas pris garde aux ecchymoses sous-pleurales. Il m'a semblé en effet, et je l'ai dit dans mon rapport, que les ecchymoses sous-pleurales se présentaient dans des conditions si variables de morts, violentes ou autres, qu'il ne fallait pas leur donner la valeur que M. Tardieu leur attribuait. Je me suis élevé, surtout sur cette parole de M. Tardieu: « A

quelque degré et en si petit nombre que soient ces ecchymoses, elles indiquent la suffocation.» Cette formule est extrêmement dangereuse, parce qu'un médecin qui se reporte au livre de M. Tardieu et qui trouve une ou deux ecchymoses sur un poumon, dira: En si petit nombre qu'elles soient, elles indiquent la suffocation; or, comme je trouve deux ecchymoses, c'est un homme suffoqué. Eh bien! les faits sont venus prouver le danger de cette assertion de M. Tardieu. Ce que nous avons voulu faire, c'est démontrer que ces ecchymoses, tout en existant dans les divers cas d'asphyxie, n'avaient pas une importance aussi considérable que M. Tardieu l'a prétendu. C'est chez les suffoqués qu'on en trouve davantage; mais ce *davantage* est une question si élastique qu'on ne peut pas leur donner une valeur considérable, et que, par conséquent, nous devons nous arrêter à cette opinion qu'il y a là un signe, mais seulement quand il est corroboré par d'autres. Il faudra donc, par exemple, que l'enfant chez lequel on aura reconnu des ecchymoses présente en même temps des traces de mains appliquées sur la figure, d'un tampon au fond de la gorge, pour qu'on puisse dire: Non seulement nous avons trouvé des linges, des traces de mains, mais nous avons des ecchymoses sous-pleurales, et l'enfant est mort par suffocation.

M. le Président. Il faudrait donner vos conclusions.

M. le Rapporteur. J'y arrive, Monsieur le Président; mais j'insiste seulement sur ce fait qu'il y a aussi des individus très anémiques qui pourront ne pas avoir des ecchymoses.

Je reviens donc sur ma conclusion et je propose:

Que le Congrès de Médecine légale, après étude et discussion de la seconde question de son programme, vote la conclusion suivante:

«Les ecchymoses sous-pleurales, se produisant dans un grand nombre de morts spontanées ou provoquées, ne sauraient constituer, à elles seules, un signe médico-légal certain de la suffocation;

«Elles ne peuvent non plus être considérées comme signe différentiel entre la suffocation et la pendaison, ni, en général, entre les divers genres de morts par asphyxie.»

M. le Président. Je ferai remarquer que, dans ces conclusions, il n'y a pas la réponse à la question. La question est de savoir si l'on peut, ou non, considérer en médecine légale les ecchymoses comme étant un signe certain de mort par suffocation.

M. le Rapporteur. J'ai dit que, seules, elles n'avaient aucune valeur.

M. le Président. Il faudrait les modifier et dire: «ne peuvent être considérées comme un signe certain de suffocation,» et s'en tenir là, attendu qu'on les rencontre dans bien d'autres cas.

M. le Rapporteur. Il est vrai que le Congrès n'a pas à conclure sur tous les cas. J'ai indiqué dans mon rapport qu'elles ne sauraient, seules, avoir une valeur pour décider les questions de suffocation. Cela suffira [1].

[1] V., aux Pièces annexes publiées à la fin du Compte rendu, la réclamation de M. le Dr Séverin Caussé (d'Albi). Pièce annexe n° 3.

M. le Président. Parfaitement.

Nous entendrons demain la communication de M. Penard sur l'« Intervention du médecin légiste dans les questions de blessures, plaies et surtout fractures du crâne ». Mais, auparavant, voulez-vous me permettre de proposer la conclusion suivante :

Le Congrès, après étude et discussion de la seconde question de son programme, vote à l'unanimité la conclusion suivante :

« Les ecchymoses sous-pleurales, se produisant dans un très grand nombre de cas de morts spontanées ou provoquées, ne sauraient constituer, à elles seules, un signe médico-légal certain de la suffocation ; elles ne peuvent non plus être considérées comme signe différentiel entre la suffocation et la pendaison, ni en général entre les divers genres de morts par asphyxie. »

La proposition de M. le Président est renvoyée à la Société de médecine légale.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU MARDI 13 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. DEVERGIE.

Sommaire. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — L'intervention du médecin légiste dans les questions de blessures, plaies et surtout fractures du crâne, par M. le Dr Louis Penard; discussion : MM. Laborde, Devergie, Penard. — Communication de M. le Dr A. Vigneau. — Caractères fournis par la pupille, par M. Gauché. — Sur l'état des paupières après la mort, au point de vue médico-légal, par M. le Dr Galezowski; observations de M. Devergie.

La séance est ouverte à deux heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président. La parole est à M. Penard pour la lecture d'un Mémoire sur :

L'INTERVENTION DU MÉDECIN LÉGISTE

DANS LES QUESTIONS DE BLESSURES, PLAIES ET SURTOUT FRACTURES DU CRÂNE.

For murder though it have no tongue, will speak
with most miraculous organ.
Hamlet. — Shakespeare.

M. le Dr Louis Penard, *membre de la Société de médecine légale de France.* Messieurs, partout, mais plus encore à la Société de médecine légale, on doit se préoccuper de la situation qui, en toute circonstance de sa mission, s'impose au médecin légiste; je me sers à dessein de ce mot « médecin légiste », parce qu'il me paraît le seul vraiment approprié à son rôle; expert, en effet, dit trop ou trop peu. Médecin légiste ne saurait signifier le médecin connaissant la loi ou s'occupant de la faire, — celui-là c'est un législateur, — mais bien celui dont se sert la loi, et qui, l'un de ses plus délicats mandataires, se tient constamment en rapport avec elle.

Or, de notre temps, plus que jamais, la situation du médecin légiste est difficile et précaire, et la question qui le touche est si instante à tous les points de vue que c'est le devoir de tous ceux qui, à un titre ou un degré quelconques, s'y sont trouvés mêlés, d'apporter, comme s'ils voulaient contribuer à un service public, les renseignements auxquels ils supposent quelque utilité.

Cela est bien convenu, le *moi* est odieux, tant qu'il exprime une idée étroi-

tement personnelle, se rapportant exclusivement à la personne, c'est-à-dire à l'individu, toujours moins intéressant et moins respectable que la société; mais il devient plus intelligible et plus acceptable, quand, s'appuyant purement et simplement sur l'expérience acquise par les faits, il n'a d'autre but que de servir, en sa mesure, à l'intérêt général; quand, par conséquent, ne fût-ce que pour dégager sa responsabilité, en livrant ses faits et gestes et sa manière de voir à la libre discussion, il amène le premier venu à dire, sans arrière-pensée : Voici ce que je crois, parce que voilà ce que j'ai vu.

C'est, pour mon humble part, en suivant cet ordre d'idées, que, dans des *Lettres sur la pratique de la médecine légale* (*1861*), j'ai cherché à envisager le rôle de l'expert; dans un premier travail datant déjà de 1860, j'avais étudié l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentats aux mœurs; poursuivant la même direction, je me propose d'étudier aujourd'hui son intervention sur un autre point du domaine médico-légal.

Pourquoi ce mot d'intervention à l'apparence un peu paradoxale? Le médecin prétendrait-il se jeter, de sa propre initiative, entre la loi qui défend la société et le malfaiteur qui l'attaque? Se donnerait-il spontanément comme indispensable? Non, certes, et point n'est besoin d'y regarder de bien près, tant cela est de toute évidence. Il faut le reconnaître en effet, car c'est la vérité : dans la plupart des cas, le médecin, en province surtout, se trouve, avec un médiocre enthousiasme, emporté dans l'orbite du mouvement judiciaire qui lui enlève tout d'abord beaucoup d'un temps précieux, le met aux prises avec de redoutables préoccupations s'ajoutant à ses lourdes responsabilités de tous les genres et de tous les jours, pour lui ménager en retour d'assez maigres compensations et d'honneur et d'argent.

Quoi qu'on en puisse dire, généralement le médecin ne s'offre pas; on le réquisitionne, on le prend; le plus souvent, en effet, il n'y a pas à s'y tromper, un peu malgré lui, malgré ses défiances instinctives qui le porteraient à s'en défendre, il s'associe à l'œuvre de la justice, non par goût ou vocation, comme poussé vers une carrière qui attire, mais parce que c'est la loi qui le requiert, le gardant le plus souvent dans son mécanisme à l'état de simple rouage ou de pur accessoire, lui faisant toutefois aussi, à l'occasion, une place différente; c'est cette place que je voudrais expliquer par le mot d'intervention : en effet, en me servant de ce terme, je voudrais exprimer cette nuance que, dans certaines circonstances, l'expert cesse d'être un rouage accessoire pour devenir un ressort principal, car c'est sur lui, en quelque sorte, que repose le dénouement judiciaire; qu'il s'en effraye ou s'en applaudisse, il est presque la clef de voûte d'une affaire, et c'est alors qu'il *vient entre*, c'est-à-dire qu'il *intervient* du magistrat qui interroge au prévenu qui répond. Souvent les résultats de l'instruction aboutissent régulièrement à une ordonnance de non-lieu ou à la mise en accusation; mais, pour des difficultés de certaine nature, tout dépend des conclusions de l'expert; il intervient donc véritablement; c'est lui qui dira l'avant-dernier mot, la justice se réservant, comme de droit, le mot de la fin.

Dans son excellent rapport sur les droits et devoirs des médecins appelés en justice (*Bulletin de la Société de médecine légale de France*, t. IV), M. Chaudé,

se préoccupant des difficultés des expertises médico-légales, dit que l'autorité ne doit pas confier à un même expert toute espèce d'expertise; elle choisira un chirurgien, s'il s'agit de blessures; un accoucheur, s'il s'agit de viol, d'accouchement, d'infanticide; il ajoute heureusement, pour la justesse de sa remarque, que si, à Paris et dans quelques tribunaux siégeant dans les grandes villes, on peut dresser à l'avance des catégories d'experts auxquels la justice s'adressera suivant l'occurrence, il serait impossible d'en faire autant dans les villes d'un rang inférieur et dans les chefs-lieux de canton.

Mais dans la plupart des cas, au contraire, il ne faut pas l'oublier, on prend le médecin légiste comme une sorte de synthèse; qu'il s'agisse d'une maladie, d'une blessure, d'un accouchement futur, avorté ou accompli, d'un attentat aux mœurs à tous les degrés, d'un empoisonnement, d'une de ces actions civiles qui, dans la revendication d'intérêts entre les particuliers ou contre les compagnies industrielles, règle en quelque sorte la question de principe, si ce n'est la quotité des indemnités, ce ne sera ni un médecin, ni un chirurgien, ni un accoucheur, ni un chimiste seulement qu'on appellera, ce sera le médecin légiste; l'expert médico-légal.

Chose remarquable, la médecine légale s'est implantée de force vive, de droit naturel, dans nos habitudes sociales, et cependant le médecin légiste, son interprète et son instrument, n'a pas une place bien arrêtée, bien définie dans son cadre, n'a pas, en quelque sorte, droit de cité; c'est souvent le premier venu, celui qui lui tombe sous la main, que prend le magistrat; dans quelques circonstances, il est vrai, il n'y a pas de choix à faire; s'il n'y a qu'un seul médecin dans la localité, on s'adresse nécessairement à celui-là, soit parce qu'il est sur le lieu même de l'événement, soit parce que le médecin ordinairement délégué réside à trop grande distance; mais encore une fois, le médecin légiste, d'une manière générale, n'existe pas de sa vie propre et bien déterminée.

Il y a là certainement une réelle lacune dans l'administration de la justice, parce que, si habile médecin soit-on, on envisagera les choses médico-légales sous un jour très différent de celles de la médecine ordinaire ; il faut du temps et de la pratique pour s'y faire une expérience spéciale ; or, s'il y a inconvénient pour l'inexpérimenté, il y aura plus encore, danger pour les intérêts et les intéressés sur qui pèsera l'inexpérience.

Puisant dans un exercice médico-légal qui remonte à près de trente années, j'essayerai d'y trouver la démonstration de ce que j'avance; je présenterai, dans le cours de ce travail, des observations qui ont, pour la plupart, subi les débats des assises, me renfermant plus spécialement aujourd'hui dans les blessures, les plaies et surtout les fractures du crâne.

Ce travail ne saurait être, — ai-je besoin d'y insister? — un mémoire dogmatique; je laisse aux maîtres et aux savants à formuler le dogme scientifique; mais à côté du dogme, il y a nécessairement place pour les réalités de la pratique; en médecine de tous les jours, les plus modestes praticiens disant fidèlement ce qu'ils ont fait, ce qu'ils ont vu, exposant honnêtement les erreurs mêmes dans lesquelles ils sont quelquefois inévitablement tombés, pourraient, à mon avis, rendre un grand service; c'est le cas par excellence

en médecine légale ; les observations, si nombreuses cependant, s'y éparpillent et s'y perdent, on ne sait où, — observations le plus souvent exactes dans les événements qu'elles rapportent, quelquefois erronées dans les conclusions qui s'en déduisent.

La clinique, d'ailleurs, est à l'ordre du jour : or, raconter les faits médico-légaux auxquels on a assisté, les commenter de son mieux, c'est faire en quelque sorte œuvre de clinique médico-légale; le prétoire de la cour d'assises prend ainsi la place du lit du malade ; c'est à ce titre que je me livrerai à une sorte de revue rétrospective, simple aperçu de faits recueillis, motivant à l'occasion les réflexions d'un humble praticien; souvent embarrassé et toujours anxieux au sujet des choses si troubles et si chargées de la cour d'assises, je n'ai trouvé qu'un moyen de me débarrasser de mes anxiétés, celui de n'écouter jamais que ma conscience, oubliant volontairement accusation et défense, ne visant qu'un seul objectif : le serment prêté de dire, sinon toute la vérité, au moins tout ce qui m'a paru la vérité, laissant surtout pour compte et sur le tas ces journalistes éhontés, sans pudeur, qui spéculent sur les scandales d'un premier-Paris, sottement injurieux et menteur.

La médecine légale, magistrats et médecins le reconnaissent à l'envi, offre dans nombre de ses parties une confusion réelle, et c'est cette confusion qui porte souvent l'indécision dans l'esprit de l'expert; il lui est en effet impossible, presqu'à son insu, de ne pas tenir compte dans une certaine mesure des paroles qu'il entend ; or, lorsque résonnent sans cesse à ses oreilles les distinctions de blessures *volontaires* et *involontaires*, de blessures faites *avec* ou *sans* intention de donner la mort, il lui est bien difficile de ne pas surcharger son esprit et souvent de ne pas embrouiller son rapport d'un ordre d'idées qui, à y bien regarder, ne le concerne pas, avec lequel il n'a point à compter, à moins que le magistrat ne lui en ait, par exception, confié la mission spéciale.

En parlant ainsi, je ne considère, bien entendu, que ce qui a trait aux violences extérieures et j'exclus d'emblée le domaine de l'aliénation mentale : or, je pose en principe qu'en ce qui concerne les coups, contusions, blessures, plaies et fractures, l'expert n'a, le plus ordinairement, pas à discuter la part de volonté qui a présidé à l'acte délictueux ou criminel, et, conséquemment, que cette classification, si importante au point de vue juridique, des blessures volontaires ou involontaires, n'existe pas et doit complètement disparaître pour lui.

Si en effet l'expert s'en préoccupe et se laisse distraire par elle, il arrivera insensiblement et sans s'en apercevoir, glissant comme sur une pente irrésistible, à vicier ses conclusions, leur donnant un autre tour que celui qu'il devait leur donner; il a sous les yeux un blessé ou un cadavre, c'est un muet qu'il examine ou un palimpseste qu'il déchiffre; sa mission principale est d'enregistrer scrupuleusement les caractères extérieurs et d'en déduire la signification ; d'appliquer toute sa science d'observateur non prévenu à reproduire seulement les faits, à en décrire la filiation probable, en remontant à leur cause productrice; à photographier pour ainsi dire le crime ou l'accident; mais s'il est sage, expérimenté, il s'abstiendra rigoureusement à priori de

scruter, surtout d'interpréter la volonté du criminel ou les mobiles du crime.

Le crime accompli lui revient dans toute son économie pour ainsi dire, soit; il en fera l'autopsie, la dissection attentive, si l'on veut, mais sa vraie mission consiste à en bien faire saisir à qui de droit les détails et l'exécution; médecin légiste, il doit être encore plus réservé et mieux sur ses gardes que dans sa pratique ordinaire; là, après avoir interrogé son malade, il n'a de compte à rendre de son jugement et de sa manière de faire qu'à sa conscience; il ne donne que les explications qu'il croit devoir ou qu'il veut bien donner; en thèse générale, heureux le médecin qui parle bien, je le veux ainsi, car, mieux qu'un autre, il soulage en consolant; plus heureux cependant les malades du médecin qui parle le moins possible et sait se taire à propos; on n'a jamais rien à reprendre à ce qu'on n'a pas dit et l'on n'a pas alors à redouter les interprétations, c'est-à-dire ces traductions qui trahissent.

Mais surtout pour un médecin légiste, bien parler, c'est encourir de gaieté de cœur un véritable danger; qui parle bien, en effet, se laisse involontairement aller à la parole, s'enivre tout doucement du charme de bien dire; et que de fois, de retour à sa place, l'orateur emporté, revenu au calme et au sang-froid, aura-t-il à regretter l'entraînement de ce qu'il a dit, en voyant se dérouler devant lui les conséquences de son discours; aussi son premier, son imprescriptible devoir est-il de veiller scrupuleusement sur sa parole, de la contenir dans ses justes limites, et en toute circonstance, qu'il parle ou qu'il écrive, de rester calme, impartial, sans passion, imperturbable comme la loi qui le consulte.

Le médecin, ai-je dit, n'a généralement pas à scruter la volonté d'autrui; mais seulement en tant que médecin légiste, cela va de soi; qu'on me permette une hypothèse pour rendre ma pensée plus claire : que le même homme, médecin légiste tout à l'heure, devienne juré demain, son rôle étant tout différent, son devoir sera tout autre; à la barre du prétoire, il était contenu dans les bornes de son mandat; juré, il reprend sa liberté d'interprétation; s'efforçant d'apprécier en connaissance de cause, il s'appliquera à deviner les intentions et les mobiles des actes du prévenu; dans le premier cas, il avait à répondre seulement aux questions qui lui étaient posées; dans le second, il s'adressera des questions à lui-même et y répondra selon sa consience d'honnête homme; juré, il étudiera avec soin chaque facteur de son verdict, se mettant au-dessus de toutes les fausses sentimentalités sur l'application de la peine, car il n'a rien à y voir; il aura certes pour devoir à cette heure de scruter la volonté, d'interroger le libre arbitre de l'accusé, — médecin légiste, sa mission est tout autre; si c'est de mort qu'il s'agit, il n'est pas chargé de démontrer que le prévenu a réellement voulu la donner, ce n'est pas son affaire, il lui appartient de dire seulement s'il l'a donnée, comment il l'a donnée; il n'a pas le droit, car il n'a pas le mandat d'aller plus loin, de son propre mouvement, de sa propre initiative.

Si, par aventure, dans son rapport, il s'est inconsciemment laissé entraîner à des aperçus fantaisistes ou à des présomptions trop prime-sautières, qu'il s'en pénètre bien à l'avance; dans le prétoire de la cour d'assises, ce redoutable champ de bataille pour le médecin légiste, plus d'une fois il pourra regretter,

mais trop tard, d'avoir été trop loin; les choses lui apparaîtront quelquefois sous une lumière toute nouvelle; il se prendra, sous le coup des redoutables frissons de la conscience, à douter de ce qu'il croyait parfaitement certain quelques semaines auparavant, et pour ce juste alors, la discussion sera bien rude, bien difficile, si ce n'est impossible, quand on lui opposera ses assertions qu'il ne pourra plus soutenir ni défendre avec la rigueur des données scientifiques! Je ne me suis jamais, Dieu merci, trouvé dans une situation aussi pénible; mais c'est pour avoir assisté à des luttes de ce genre que je me suis sévèrement tenu en garde contre elles; loin de moi la pensée de chercher par ces réflexions à affaiblir l'autorité qui revient à l'expert; on ne la diminue que trop de notre temps, et par toutes les influences possibles, mais je suis légitimement effrayé de la gravité d'une mission qui souvent, comme je l'ai dit nombre de fois, tombe à l'improviste sur le premier venu, et c'est, selon moi, un devoir de conscience d'en avertir ceux qui la reçoivent et d'en appeler à ceux qui la donnent.

Que de problèmes en effet surgissent, dont l'énoncé est forcément hésitant et les termes ambigus, et dont on suspend la solution à la seule décision d'un médecin! Un cadavre est trouvé sur le chemin, dans le bois; il porte les traces d'un coup de feu, — pas d'indices, pas de papiers, pas de lettres, le linge est sans marque ou démarqué; on ne trouve rien, mais *la poitrine est trouée;* dans la poitrine, il y a une balle de pistolet; l'homme s'est-il suicidé, a-t-il été frappé en duel, a-t-il succombé à un assassinat? Pas de renseignements, pas de témoins, on interroge nécessairement le médecin.

Un cadavre est apporté à l'amphithéâtre de l'hôpital de Versailles; on prétend, mais c'est un on-dit seulement, que cet homme, dans une rencontre particulière, a été frappé d'un coup de feu; le corps est celui d'un homme de vingt-cinq à trente ans environ, d'une constitution vigoureuse, d'une taille de $1^{m},80$; il était vêtu d'une redingote noire boutonnée sur le devant, d'un gilet noir et d'une chemise de calicot blanc; à la partie antérieure de la redingote, presqu'au milieu, plutôt un peu à droite qu'à gauche cependant, à la hauteur du deuxième espace intercostal, on voyait un trou irrégulier correspondant à un autre trou similaire du gilet et de la chemise, et s'adaptant exactement à une plaie des téguments, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure; les vêtements étaient plus ou moins tachés d'un liquide sanguinolent, suivant qu'ils avaient été en contact plus ou moins immédiat avec la peau; ces trous avaient leurs bords inégaux, frangés, dirigés du dehors en dedans.

Les vêtements enlevés, au niveau de l'espace intercostal de la deuxième à la troisième côte, on aperçoit une plaie contuse à forme circulaire; on cerne cette plaie par une incision, pour la disséquer exactement, et le thorax ouvert laisse échapper une quantité considérable de sang qui remplissait tellement cette cavité, que le poumon était refoulé contre la partie antérieure et supérieure de la colonne vertébrale, réduit à un très petit volume et non crépitant.

Disséquant couche par couche le trajet de la plaie, je constate qu'il suit une direction légèrement oblique de droite à gauche; que le corps vulnérant a successivement parcouru une ligne qui, partant de l'articulation sterno-clavi-

culaire droite, traversait les muscles grand pectoral, petit pectoral et les muscles intercostaux du deuxième espace intercostal, intéressant légèrement une des attaches du grand dentelé; que le sommet du poumon droit a été contus, la veine cave ouverte, et le corps de la cinquième vertèbre dorsale traversé; près de l'orifice du trou fait à cette vertèbre, je trouve la portion de drap et de doublure manquant à la redingote; dans la masse musculaire située derrière les lames vertébrales, je rencontre une balle de plomb paraissant être celle d'un pistolet par exemple, d'un assez fort calibre.

Les premières conclusions sont faciles; la plaie a été produite par une arme à feu; le trajet traumatique s'est fait sous l'effort du corps vulnérant trouvé dans la poitrine, et l'obliquité incomplète tient à ce que la victime n'a pas eu le corps suffisamment effacé devant le coup; la mort a été évidemment le résultat de la compression due à l'épanchement considérable provenant de la lésion de la veine cave; la distance entre celui qui a tiré le coup et celui qui l'a reçu a dû être approximativement d'un vingtaine de pas, la balle ayant eu assez de force pour déterminer les lésions susdites, mais pas assez pour se faire une ouverture de sortie; la direction de la plaie, les circonstances de la blessure, l'absence de toute trace de brûlure excluent l'idée d'un suicide.

Voilà à mon sens les seules conclusions qu'un expert puisse raisonnablement donner à une pareille affaire; exclure le suicide, c'est la seule conclusion positive qui puisse guider le magistrat instructeur; mais faire plus, reproduire par exemple une scène probable de duel ou un assassinat eût été l'affaire d'un romancier peut-être, mais non pas à coup sûr celle d'un médecin légiste qui doit se défier des écarts d'imagination.

M. Devergie (*Ann. d'hyg.*, t. XXVII) a rapporté une intéressante expertise à propos d'un assassinat précédé de duel; il est évident que dans une affaire de ce genre la médecine légale a joué un rôle important; sans elle, jusqu'à l'hypothèse même d'un assassinat disparaît, et cependant deux coups de feu ont été successivement tirés, l'un à une distance assez rapprochée, celui du duel, l'autre à brûle-pourpoint, celui de l'assassinat.

Lorsqu'un meurtre ou un assassinat ont été commis, dit M. Henri Bayard dans son examen médico-légal de plusieurs cas de blessures (*Ann. d'hyg.*, t. XXXIX), les premières investigations judiciaires auxquelles les magistrats se livrent pour en découvrir les auteurs ont pour but de faire préciser autant que possible par les médecins experts les circonstances au milieu desquelles les blessures ont été faites.

Cela est très exact: aussi l'expert a-t-il pour but principal de relever minutieusement jusqu'en leur moindre détail les faits qui sont soumis à son attention; mais il doit le faire surtout pour que le magistrat, s'aidant des résultats de l'instruction, puisse en quelque sorte reproduire lui-même l'événement tout entier, et le médecin légiste, à moins de certitude palpable, doit être sobre de ces sortes de conclusions.

Un gendarme est assassiné dans les bois de Viroflay, je crois l'observation intéressante dans ses détails et je la renvoie à la fin de ce Mémoire (*Observation I*). Quelle arme a été l'instrument de mort et quelle main tenait l'arme? Voilà les deux questions principales qui se dégagent de la com-

mission rogatoire, et devant lesquelles l'expert doit se tenir sur la défensive. Quelle arme? un pistolet, une carabine de chasse, un fusil de calibre, une arme du service militaire? Il y a eu là évidemment une scène sauvage de braconniers surpris qui tuent le gendarme, pour échapper au procès-verbal de braconnage; c'est, après la lecture de l'observation, ce qui se présente irrésistiblement à l'esprit; c'est presque certain, cela doit être la vérité, mais cette conclusion n'appartient pas au médecin légiste; il doit s'abstenir à ce point de vue et ne pas se lancer sur une piste qui ne saurait être la sienne.

Cela est tellement vrai que cela semble superflu à dire, sans doute, pour les experts qui ont vieilli dans les expertises; mais aux experts qui débutent, on peut recommander une prudence de tous les instants; la justice vous appelle; à première vue, tout semble facile; on accepte allègrement la charge d'un premier rapport, sans se rendre bien compte de ce qu'on aura à faire, sans être encore familiarisé avec les voies de la justice; l'affaire en litige est examinée avec soin, sans doute, mais presque toujours appréciée rapidement; on croit faire d'autant plus preuve d'habileté qu'on semble mettre moins d'hésitation à prendre un parti; la solution du problème est apparue d'emblée; on l'aventure sans trop de réflexions dans le rapport; mais l'affaire a marché et semble tout à coup changer d'aspect à la cour d'assises; or, quelque honnêteté qu'on ait dans le cœur, il en coûterait certes à plus d'un de reculer en pleine audience et, plus encore, de venir se donner un démenti à soi-même. Il faut avoir une conscience qui n'est peut-être pas de ce monde, pour reconnaître ou déclarer solennellement qu'on a été étourdi et léger; or, une affaire, quelle qu'elle soit, ne présente réellement toute sa gravité qu'en cour d'assises, pendant le débat contradictoire.

Un médecin légiste inexpérimenté est presque un péril social, et avec l'institution actuelle des expertises, telle qu'elle est ou plutôt n'est pas constituée, il y a là pour la bonne administration de la justice un écueil de tous les jours.

Que d'occasions encore une fois où le dénouement d'un problème judiciaire est entre les mains de l'expert! S'il est timoré ou manque d'expérience, il peut faire d'un coupable une victime, ou, ce qui est bien autrement grave, d'une victime un coupable.

Voici par exemple une affaire bien faite pour embarrasser le premier venu (*Observation II*) : Un homme est atteint ou prétend avoir été atteint d'un coup de feu; il porte effectivement au côté droit une escarre brunâtre qui peut bien être le résultat du choc d'une bourre de pistolet; l'événement s'est produit dans des conditions particulières, susceptibles de donner suite à diverses interprétations; il y a peut-être là un fait criminel à élucider, comme aussi le résultat possible d'intérêts, de vengeance ou de chantage; il n'y a du reste dans l'affaire aucun renseignement sur lequel on puisse compter; le magistrat instructeur interroge le blessé préventivement retenu à la maison de justice, à cause des circonstances où on l'a rencontré, et, d'après ses réponses et sa contenance, se fait une première opinion qui perce dans les termes de la commission rogatoire; mais il consulte cependant l'expert auquel il demande le mot de l'énigme.

La réponse exige beaucoup de circonspection, car l'affaire est embrouillée et l'homme qu'on interroge peu digne de foi; il y a aussi une autre difficulté que nous ne devons pas craindre d'aborder : sans avoir l'intention de dicter une conclusion, cela va sans dire, l'honorable magistrat instructeur suit son idée et, presque sans que magistrat et médecin s'en aperçoivent, tend à la faire pénétrer dans l'esprit de l'expert; ainsi le veut la force naturelle des choses, la contagion pour ainsi dire des idées, et il est bien difficile de part et d'autre de s'y soustraire; qu'en résulte-t-il? C'est que les experts ordinaires d'un tribunal sont généralement, à tort ou à raison, considérés comme criminalistes, c'est-à-dire qu'on leur reproche de pencher naturellement, comme d'office, plutôt vers l'accusation que vers la défense.

Les plus habiles et les plus répandus surtout n'ont point échappé ou n'échapperont pas à cette inculpation; en cela, on ne tient pas assez compte que, lorsque l'expert est chargé d'un rapport difficile, il n'improvise pas ce rapport; il cherche à s'entourer de tous les renseignements que le magistrat peut s'être procurés et, dans la plupart des cas, par cela seul que l'affaire retenue à l'instruction a provoqué l'action de la chambre des mises en accusation, il y a déjà une certaine présomption de culpabilité; non pas certes que je veuille faire passer tous les prévenus pour des coupables, mais je veux dire en somme que les experts médico-légaux, habituellement chargés des délégations judiciaires, ont plus souvent affaire à des coupables qu'à des innocents, et il n'en faut pas davantage pour les faire passer pour criminalistes; du reste, il suffit que l'expert se sache ou se sente exposé à ce reproche, la plupart du temps immérité, pour redoubler de mesure et de circonspection.

Dans l'observation précédente, je me suis trouvé fort embarrassé pour conclure; si je rapporte cette observation et les suivantes, ce n'est pas comme modèles; on voudra bien, je l'espère, ne pas me prêter le ridicule de les présenter à ce titre; je les rapporte comme expression de faits accomplis, et je prétends seulement en tirer la preuve que je n'ai jamais cru devoir me prononcer d'une façon péremptoire, quand je n'avais pas par devers moi les éléments d'une parfaite conviction.

Souvent les incidents de l'instruction, les commémoratifs, viennent à l'aide du rapport; mais dans le cas contraire, quand le juge d'instruction est sans renseignements, sans point de repère, sans fil conducteur, il est impossible qu'en recevant un rapport à forme indécise et irrésolue, il n'éprouve pas une sorte de mécontentement ou tout au moins de malaise moral, car la lumière ne lui est pas venue du côté où il croyait la voir sûrement venir; il n'y avait que le médecin qui pût se prononcer, et c'est justement le médecin qui ne se prononce pas.

L'expert toutefois, et c'est là une des grandes difficultés de l'expertise, le moins en évidence peut-être, mais non pas l'une des moins réelles, doit savoir résister à l'impression pénible, même d'un mécontentement contenu de la part de son commettant; voici d'abord la loi générale qui lui est imposée : savoir tout ce qu'on peut et surtout ce qu'on doit savoir, quitte, s'il n'a pas une suffisante confiance en ses connaissances, à récuser toute expertise judiciaire; mais il doit s'arrêter à temps, lorsqu'il ne lui est pas consciencieusement per-

mis de conclure; il ne peut avoir que deux préoccupations : ou se prononcer catégoriquement quand cela est possible ou, si cela lui est impossible, faire bien comprendre pourquoi il ne saurait se prononcer.

Mais ce qui importe surtout, à moins d'être classé de plein droit parmi les maîtres, c'est de se défier des procédés ou des instruments dont on n'a pas suffisamment l'habitude; c'est de ne pas se laisser gagner aux entraînements du microscope et de l'histologie; car pour les choses du prétoire de la cour d'assises, dussent les maîtres, qui ne sont pas toujours doux et tendres au pauvre monde, me taxer d'ignorance, l'histologie et surtout la psychologie médico-légale, tout ce qui enfin n'apportera pas son évidence et sa preuve frappante avec soi, m'inspireront toujours une légitime défiance.

Dans un remarquable Mémoire lu devant la Société de médecine légale, à la séance de juillet 1878, M. le professeur Brouardel a présenté les résultats du microspectroscope pour déceler la présence de l'oxyde de carbone dans le sang des brûlés qui, quelque temps avant de mourir, ont pu respirer un peu de l'atmosphère comburante qui les dévore; tous les experts, les premiers vénus, se croient-ils aptes à donner comme décisifs en cour d'assises les résultats du microspectroscope? Non assurément, ce sont là des questions toutes spéciales dont il faut laisser l'examen et la solution aux plus habiles, car on ne doit pas apporter à la cour d'assises des affirmations qu'on ne saurait en quelque sorte démontrer jusqu'à l'évidence.

Du reste, ne craignons pas de le répéter à satiété pour l'acquit de notre conscience, quand un expert ne sait pas, — d'abord parce qu'il ne sait pas, — mais ensuite et surtout parce que vraisemblablement tout autre ne saurait ni mieux ni davantage à sa place, il doit, sans fausse honte, honnêtement, quoi qu'il en puisse résulter, résolument, carrément, suivant le style de l'époque, sans baisser les yeux, en regardant bien en face, dire : Je ne sais pas!

Et certes, en médecine légale plus que partout ailleurs, il faut veiller sur ce qu'on va dire; il ne s'agit pas seulement de préciser un diagnostic, il faut encore et surtout répondre du pronostic : que deviendra telle ou telle blessure, telle ou telle nuance d'aberration d'esprit, telle ou telle érosion? Restera-t-elle simple ulcération ou deviendra-t-elle un chancre? C'est le bloc de marbre du fabuliste, — sera-t-il Dieu, table ou cuvette? Le sculpteur entrevoit à peu près dans son cerveau d'artiste ce que le marbre deviendra, mais le médecin légiste! Telle blessure est décrite dans le rapport et donnée comme fatalement mortelle! La victime est guérie et se promène quinze jours après. Telle érosion était un chancre, gros de la syphilis et de ses conséquences. Un peu d'eau blanche, huit jours de propreté, un peu de repos, érosion et chancre ont disparu de compagnie.

On peut, il est vrai, renverser les termes de la proposition, mais toujours est-il, dans un cas comme dans l'autre, que si le médecin a parlé trop vite et précipité des conclusions trop absolues, il aura perdu là une belle occasion de se taire.

D'autre part, entendons-nous bien, il ne s'agit pas de se taire toujours et quand même, l'expertise en ce cas serait des plus commodes; il faut courageusement faire tête aux responsabilités qui incombent et ne pas craindre de

s'engager au plus fort de la mêlée, s'il y a lieu; un vrai soldat ne se sauve pas à l'heure de la bataille; il est utile de profiter habilement du calcul des probabilités, mais sans trop présumer du résultat. Il convient de chercher à fixer les irrésolutions du magistrat, mais seulement quand on est fixé soi-même.

Voici par exemple une affaire difficile (*Observation III*) : Il s'agit d'un drame de ménage; un coup de feu a été tiré volontairement ou involontairement par le mari sur l'amant; l'appréciation est délicate et à double portée; la commission rogatoire ne mentionne pas les faits, mais les renseignements abondent, on ne peut échapper à cette situation de la question; c'est à l'expert de juger sagement jusqu'où il lui est donné d'aller; pour ma part, on m'a demandé le pronostic des blessures, je m'en suis tenu là prudemment, j'ai répondu que, suivant toute probabilité, le blessé devait prochainement guérir, et l'événement a heureusement justifié mes prévisions, mais je n'avais pas à juger quand même le côté intentionnel.

Quelle cause a dû produire la mort, demande-t-on dans une autre circonstance (*Observation IV*)? La joue gauche est enlevée, il y a là un spectacle effroyable; les os de la face et du crâne sont brisés et les tissus déchirés présentent les empreintes noirâtres de la poudre; partout on retrouve des grains de plomb, c'est en quelque sorte le cadavre qui fait lui-même le rapport et rappelle le mot d'Hamlet : *Murder though it have no tongue, will speak with most miraculous organ*; le meurtre, quoiqu'il n'ait pas de langue, saura parler d'une voix miraculeuse.

Ici (*Observation V*), ce n'est pas le meurtre, c'est le meurtrier qui parle; c'est une brute qui a tué sa femme, non moins brute peut-être, d'un coup de poing; la scène a commencé par l'ivresse et a fini par une bataille; l'homme a étourdi la femme d'un coup de poing, et, *habemus confitentem reum*, comme s'il ne trouvait pas la correction suffisante, il a fortement appuyé sur la poitrine de cette femme pour l'empêcher de répliquer. Il a, par hasard, rencontré des circonstances d'anatomie pathologique particulière, des adhérences pleuro-costales extraordinaires, qui ont non seulement empêché la femme de répliquer, mais encore de respirer; sans chercher à amnistier le misérable, c'était cependant le devoir de l'expert d'expliquer à l'audience que des conditions toutes spéciales ont fait la mort plus rapide quelle n'eût été peut-être dans les conditions ordinaires.

Là (*Observation VI*), il faut faire parler le cadavre; c'est celui d'un homme de forte corpulence, au col épais et court, au visage cyanosé, bouffi : dans la nuit du 24 au 25 décembre 1873, vers une heure du matin, on l'a trouvé mort dans sa charrette; il y a au visage de légères excoriations; mais au larynx se trouve un sillon d'aspect parcheminé dont l'observation donne les détails. Un foulard de soie blanche au tissu résistant, présentant des plis indiquant qu'il a été plié et replié de façon à constituer un cordon solide, le sillon du cou et l'aspect du mouchoir, disent un meurtre par strangulation; jamais, du reste, on n'a pu trouver les traces du meurtrier; on est effrayé, pour nombre de crimes incontestables, de la difficulté que la justice rencontre quelquefois, quelle que soit l'habileté des recherches et de l'enquête pour retrouver la voie du criminel.

Dans ces circonstances si nettes et si précises, la responsabilité de l'expert se trouve bien moins en jeu, car il a seulement à décrire les lésions observées; le plus souvent les déductions se tirent d'elles-mêmes, et il est bien rare que des affaires de ce genre deviennent pour le médecin, au jour des assises, un grand embarras.

Mais toutes les affaires ne dégagent pas aussi largement sa responsabilité, et la responsabilité sera d'autant plus grande et plus pesante pour lui qu'il sera plus jeune et moins expérimenté; il est telle circonstance par exemple, où il aura plus à lutter contre la manifestation de ses sentiments personnels qu'à se défier de ses connaissances scientifiques : Voici un homme de vingt-deux ans, marié, père de famille, c'est un carrier : à vingt ans, dans une expérience où l'on cherchait à comparer la puissance explosible du fulmi-coton avec celle de la poudre à canon, il a eu le bras cassé; il se marie peu de temps après sa guérison et, après son mariage, la conscription lui donne un numéro qui, le forçant de laisser au pays femme et enfant, l'enverra à l'armée (*Observation VII*). Dans ces circonstances, pendant qu'il dégrossit une petite planchette pour en faire la cale d'un meuble, un accident survient qui lui enlève la première phalange du pouce gauche; il reçoit des soins convenables, la plaie est cicatrisée depuis longtemps, l'homme a repris ses travaux et on lui envoie un jeune médecin légiste, à ses débuts pour ainsi dire, pour constater les causes de l'accident au point de vue du service militaire et dire si le blessé s'est abattu la phalange du pouce par accident ou si, pour se soustraire au service militaire, il s'est volontairement mutilé.

L'homme s'était, de toute évidence, comme le fait comprendre le rapport, volontairement mutilé; j'ai dû le dire et je l'ai dit; mais j'ai cru devoir faire entrer dans une conclusion qui ne m'avait certes pas été demandée, qu'il avait été antérieurement victime d'un accident le rendant impropre au service militaire. L'excellent magistrat qui m'avait confié la commission rogatoire, tout en approuvant les termes de mon rapport, me reprocha amicalement le dernier paragraphe qui, disait-il plaisamment, donnant à boire et à manger à tout le monde, embarrassait le ministère public et dans lequel l'avocat saurait bien trouver le compte de son client.

J'avouerai en toute humilité que je l'espérais bien ainsi; il m'était dur, sur ma seule intervention, d'enlever ce jeune homme à son ménage pour le transporter en Afrique aux bataillons de discipline.

Il y a vingt-huit ans que j'ai rédigé ce rapport et j'en suis encore à l'impénitence finale, car je ne me suis jamais amèrement repenti de la faute que j'avais sciemment commise, et cependant je n'ai pas fait mon devoir, car j'ai répondu à une question qu'on ne me faisait pas; je suis intervenu là où je n'avais pas à intervenir; ce n'est pas à dire pour cela que, dans ma pensée, l'expert soit tellement l'esclave des formules de la commission rogatoire qu'il doive passer à côté de la vérité, s'il l'entrevoit en dehors des questions qu'on lui pose; mais, dans le cas rapporté, je n'avais qu'à indiquer la lésion, son origine probable, les difficultés de mouvement qu'elle entraînait nécessairement, et je n'avais pas à me livrer à une sorte d'interprétation personnelle : l'expert n'a pas le droit d'intervenir de cette façon, il doit se renfermer dans les conclu-

sions que lui dicte sa conscience au seul point de vue scientifique et n'a point à se préoccuper des conséquences qui en peuvent découler.

Il n'y a pas du reste que des faits de ce genre qui puissent le jeter dans une grande perplexité : une rixe a lieu dans un cabaret (*Observation VIII*), c'est là une histoire de tous les jours; un homme est tombé, frappé par son adversaire; pendant deux ou trois jours après la rixe il a repris ses habitudes et ses travaux, puis il se sent tout d'un coup malade, se met au lit, et, huit jours après, il succombe à une péritonite. Il y a certes présomption que la maladie dont l'issue a été fatale est la suite des violences subies pendant la querelle, mais où en est la preuve irréfutable ? N'y a-t-il pas des péritonites spontanées ? Celle, par exemple, qui résulte de perforation de l'appendice iléo-cœcal. Faut-il faire remonter tous les effets perçus à une seule et même cause?

Les coups reçus seront tout au moins une cause prédisposante, cela s'entend; mais est-il bien avéré que le battu ait reçu des coups directement sur le ventre? La peau de l'abdomen n'en porte pas la trace : ce n'est pas toujours une raison probante, je le sais bien, mais c'est déjà cependant quelque chose; le magistrat est informé que le mort s'est battu au cabaret, et surtout qu'on l'a battu ; bien qu'on ne trouve pas la trace des coups reçus, il y aura là des violences dont la justice devra demander compte ; mais que l'expert y fasse bien attention, une hypothèse dans un cas conduit simplement au tribunal de police correctionnelle, et dans l'autre va tout droit à la cour d'assises. Que faire? C'est encore ici, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, que le médecin légiste intervient véritablement. C'est lui qui, faisant l'autopsie du cadavre, pèsera les lésions, montrera la cause de la mort, mais prononcera surtout si les coups ont déterminé la péritonite; on lui demandera d'expliquer, d'affirmer si pendant trois à quatre jours une maladie qui devait se terminer fatalement pouvait rester silencieuse, comme à l'état d'incubation ; il faut bien qu'il réponde.

Qu'une discussion de ce genre s'établisse entre médecins sous forme de causerie professionnelle, elle ne manquera certes pas d'intérêt, et Hippocrate soutiendra le pour contre Galien qui maintiendra le contre; mais en cour d'assises, il faut serrer la discussion, et c'est de conclusions nettes et précises qu'il s'agit.

Voici un fait de nature différente, mais qui peut également prêter rude matière aux méditations du médecin légiste, comme à ses hésitations légitimes : Une mère, — était-ce bien une mère? — a battu sa petite fille âgée de sept ans et demi; il est de notoriété publique qu'elle l'a souvent et cruellement battue; l'enfant a succombé, et l'opinion publique déclare avec violence que l'enfant est morte des coups que lui a donnés sa mère; le magistrat n'a pas à demander au médecin si on a donné des coups à l'enfant, les coups sont avérés, la marâtre elle-même les reconnaît, en cherchant à les atténuer bien entendu (*Observation IX*); on demande à l'expert si les coups ont déterminé la mort, et il est facile de comprendre que la marche consécutive de l'instruction dépend uniquement de la réponse de l'expert.

Mais il est des problèmes plus délicats encore, quoiqu'aboutissant au même mandat :

Une enfant de quatre ans et demi a péri ; des soupçons graves imputent la mort de l'enfant aux mauvais traitements qu'elle aurait subis de la part de son père et de la concubine de ce dernier; on les accuse d'avoir privé cette petite fille de nourriture, de l'avoir forcée à rester constamment couchée sur un mauvais lit, de lui avoir refusé toute espèce de nourriture et de soins, lorsqu'elle était gravement malade, et c'est en de telles circonstances que le magistrat interroge l'expert sur la cause de la mort (*Observation X*). M. le professeur Tardieu, dans son travail sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants (*Ann. d'hyg.*, t. XIII, 2e série), rapporte, en les commentant avec sa haute autorité, plusieurs cas de ce genre. Dans l'*Observation XI*, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans dont on impute à tort la mort à des coups ou violences prétendues; c'est la contre-partie, non moins difficile et non moins importante pour l'expert, des observations précédentes.

Dans ces problèmes si complexes, l'expert doit être en garde contre toute espèce d'influence, car il n'oubliera jamais que c'est à lui que revient la charge du dernier mot: que le père et la concubine soient des misérables, cela est évident; que l'enfant ait été mal soignée, mal nourrie, c'est une conclusion forcée; que toutes ces causes réunies aient été prédisposantes à la mort, cela est indiscutable; mais prononcer sûrement, indubitablement, que c'est bien le père et sa concubine qui ont causé la mort de l'enfant ou que l'enfant a succombé aux suites de leurs violences, ce qui est même chose, il y a bien là de quoi préoccuper fortement la conscience de l'expert ; car, il doit le savoir, si sa parole accuse, elle tombera d'un poids considérable, accablant, sur l'esprit des jurés. C'est du reste toujours même embarras, les questions de médecine légale peuvent se présenter sous des formes différentes, mais presque toutes lui réservent une sérieuse responsabilité.

Ici, on lui demandait le passé, là on lui demandera l'avenir; en médecine ordinaire, le pronostic tient généralement peu de place, c'est le diagnostic et la thérapeutique qui sont d'une importance capitale; en médecine légale, c'est bien souvent le contraire, le pronostic acquérant une importance de premier ordre; que l'expert se prononce dans tel sens plutôt que dans tel autre, et l'affaire, se présentant avec un aspect tout différent, va prendre une marche tout autre.

Une blessure reçue, on demandait tout à l'heure comment elle avait été reçue, et si elle avait donné la mort; on demandera demain si la blessure est grave, quel est son avenir, si elle doit entraîner une incapacité de travail et quelle en sera la durée. Le problème semble à priori moins délicat pour l'expert, mais, qu'il en soit bien persuadé, il intéresse tout autant sa réputation et la réputation du praticien: c'est le maintien ou la compromission de sa fortune.

Un agent de police a été l'objet de violences graves de la part d'un ou deux individus (*Observation XII*) ; on le trouve dans la rue presque sans connaissance et on le transporte à l'hospice où on le reconnaît atteint à la bosse frontale gauche d'une plaie contuse de 4 centimètres ; cette plaie paraît d'abord peu grave et le blessé se fait transporter à son domicile; mais des symptômes cérébraux se développent et il est bientôt dans une situation qui inspire des inquiétudes.

L'expert est aussitôt chargé de répondre à nombre de questions des plus importantes : il devra déterminer autant que possible par la nature des lésions observées sur le blessé, s'il est probable qu'il ait été frappé par un ou deux individus; si la blessure du front est le résultat d'une chute sur une borne ou au contraire d'un coup porté, et, en ce cas, de quelle façon, avec quels instruments; dire l'état présent du blessé et s'il y a lieu de concevoir des craintes sérieuses pour l'issue de la maladie; enfin si l'état présent est la conséquence immédiate, forcée, des coups reçus. Ce sont là certes des questions très bien posées et auxquelles on ne doit donner de réponse que parfaitement méditée et approfondie.

Un homme a été, sur la grand'route, assailli par deux individus qui se sont jetés violemment sur lui, lui ont porté des coups et fait des blessures avec un instrument qu'il n'a pas vu et ne saurait décrire; il a perdu beaucoup de sang et s'est évanoui (*Observation XIII*). Une fois relevé, secouru, il constate qu'on lui a enlevé une somme de 50 francs dont il était porteur. Voilà un événement qui se présente avec la tournure dramatique des plus grosses affaires, l'homme ayant en effet une large plaie béante au cou; que fera le magistrat? Il consultera d'abord l'expert, tout en mettant en œuvre ses autres moyens de recherches et d'investigation. L'expert déclare que l'homme a failli être assassiné, qu'il n'y a plus qu'à chercher les assassins et il dépose son rapport en conséquence; mais l'instruction progresse et la lumière se fait peu à peu; on arrive à constater sûrement que l'homme a simulé une agression et s'est fait à lui-même une blessure; dans quel intérêt? peu importe; — ce qui importe pour l'expert, c'est qu'ayant été trop prompt et pas assez réfléchi, il a flairé un gros crime; or, le crime disparaissant, le criminel s'évanouit et il reste le rapport qui retombe de tout son poids sur celui qui l'a fait.

Là surtout où les responsabilités de l'expert peuvent s'engager dangereusement et de toute façon, c'est dans les expertises en action civile : Une femme V..., à M... (*Observation XIV*), prétend avoir eu le pied engagé sous une lourde charrette chargée de moellons, laquelle charrette a tourné brusquement le coin de rue où se trouvait la femme V... La partie adverse prétend que la charrette a simplement atteint et violemment brisé, il est vrai, une boîte de savon en bois, et que les éclats de cette boîte, frappant par contre-coup la jambe de la femme V..., auraient produit tout le dommage. La roue d'une charrette pesamment chargée qui repose dix minutes sur un pied de femme, sans l'écraser, vaut la peine d'être examinée, et l'affaire d'ailleurs, comme souvent à la campagne, se complique d'une rebouteuse et de sa pommade; dans un cas semblable, l'expert se dégage rapidement de quelques accessoires, comme exagération évidente de la plaignante, dégoût que lui inspire la cupide stupidité de la rebouteuse et enfin désir que l'auteur de l'accident a d'échapper aux conséquences financières de son imprudence; mais tout d'abord, bien qu'une contre-expertise puisse être faite plus tard, ce qui entre toujours en ligne de compte, il sera, en vérité, seul juge dans l'espèce, et bien lui en aura pris, si ses conclusions sont attaquées par la contre-expertise et qu'il soit appelé à les défendre, d'avoir été circonspect et prudent.

Une voiture attelée de deux chevaux, tournant une rue trop court, monte sur

un trottoir (*Observation XV*) et, par un de ses brancards, atteint la mère et ses deux filles; toutes ces santés féminines sont bouleversées; troubles des fonctions menstruelles, évolution rapide de l'affection tuberculeuse chez l'une des jeunes filles, et l'on demande encore à l'expert si la voiture a fait tout le mal, sous toutes ses formes; si l'expert inspire une juste confiance, c'est sur son rapport que tout reposera; or, c'est là un de ces cas qui, dans les contestations judiciaires, peut prêter à tous les efforts possibles des plaidoiries, et il importe plus que jamais de peser rigoureusement les faits, de donner les explications suffisantes et de bien faire comprendre enfin sur quoi l'on a basé sa conviction.

Un enfant de neuf ans et demi, à M..., est en traitement (*Observation XVI*) pour les suites d'une coxalgie; il est vigoureux, de belle apparence, mais de constitution lymphatique; c'est le 22 décembre 1873 que je l'examine et j'apprends que, le 5 août précédent, dans des circonstances que relate l'observation, un voisin, impatienté par le bruit de l'enfant, lui a donné quelques coups de pied sur le corps; il est du reste constaté, par la mère même de l'enfant, que le voisin n'avait aux pieds que des chaussons-pantoufles et non des souliers ou des bottes à épaisses semelles; à la suite de l'événement, l'enfant devient malade et est habituellement soigné par les deux médecins du pays qui réunissent leurs conseils; deux médecins ne suffisent pas et l'on s'adresse à une rebouteuse qui, chose assez extraordinaire pour une rebouteuse, conseille d'envoyer l'enfant à la consultation d'un des plus habiles chirurgiens des hôpitaux, M. le Dr Péan. Il est acquis à la cause que l'enfant est atteint d'une coxalgie pour laquelle il reçoit un traitement approprié. Mais l'action civile s'engage, et la question qu'on pose naturellement à l'expert est celle-ci : Les violences, quelles qu'elles soient, auxquelles le voisin s'est livré sur l'enfant, sont-elles la cause de la coxalgie? Nous sommes à la campagne; on voit d'ici l'animation des deux parties en cause : l'une pour recevoir, comme indemnité de l'accident, le plus d'argent possible, l'autre pour n'en pas donner du tout. La discussion médicale de ce fait m'a paru assez intéressante pour en saisir la Société de médecine légale, et j'ai eu la satisfaction de voir ses membres, dont faisait alors partie le regrettable chirurgien Giraldès, s'associer à mes conclusions.

Si la conscience du médecin expert se trouve engagée dans des actions civiles de ce genre, elle est plus délicatement intéressée en quelque sorte quand il s'agit d'émettre une opinion sur la pratique de confrères; dans l'*Observation XVII*, il ne s'agit pas seulement de blessure, mais de mort. Un enfant de quatre ans est mort à R... le 11 février 1861; depuis le 6, un médecin le soignait pour une entérite; le 11, dans la nuit, la famille inquiète appelle un autre médecin qui vient et déclare que depuis plusieurs jours l'enfant souffrait d'une angine diphthéritique, d'un croup, et donne une série d'ordonnances où, dans un jour, une dose de 80 centigrammes de tartre stibié se trouve accumulée; l'enfant meurt. Qui est-ce qui a tué l'enfant? L'entérite, le croup ou le tartre stibié? C'est ce que veut savoir et demande le magistrat; je ne sache pas de question plus délicate ni plus difficile à traiter que celles où l'honneur et les intérêts des confrères se trouvent enveloppés; le médecin n'a devant lui qu'une question, dira-t-on, celle qu'on lui pose, et il n'a pas à se préoccuper d'intérêts personnels ou professionnels et ne doit voir que l'œuvre de la justice; je le sais.

je sais aussi que toutes les vérités peuvent se dire complètes, bien que sous une forme convenable pour tout le monde; je sais de plus qu'on regagne en estime générale ce qu'on accorde d'égards aux autres; je sais tout cela, mais je prétends néanmoins qu'il n'est pas de mission plus pénible pour le médecin légiste; aussi je voudrais que les idées qui termineront ce travail fussent admises, en principe, quitte à les améliorer, rien que pour dispenser un expert isolé de missions de ce genre.

C'est encore dans les intérêts si multiples et si contradictoires des accidents de chemin de fer, qui comprennent un grand nombre de victimes, que la responsabilité médicale se trouve gravement engagée; non seulement on demande à l'expert de constater les fractures, blessures, lésions dont les victimes ont été atteintes, de les décrire, mais il lui faut encore déterminer quelles en seront les conséquences et quelle sera la durée probable de l'incapacité de travail.

Dans le terrible accident du chemin de fer de Saint-Germain entre autres, le 6 septembre 1858, j'ai dû faire un rapport trop long pour trouver sa place ici; j'avais eu environ 40 victimes à examiner; c'est en ces circonstances surtout qu'il faut scrupuleusement se tenir en dehors de l'émotion si légitime qui s'empare du public, pour rechercher plus que jamais l'expression de la vérité. Après avoir décrit les blessures des nombreuses victimes, j'arrivais à la partie la plus délicate de ma tâche, celle de l'appréciation de la gravité des faits et de l'avenir des blessures, et je crus pouvoir dire : En résumé, tout en reconnaissant qu'au point de vue chirurgical aucune des blessures reçues n'est d'une gravité absolue, en ce sens qu'elle entraîne fatalement la mort après un temps plus ou moins long; faisant cependant toute réserve des accidents ultérieurs possibles, tant à cause de la nature des lésions que de l'ébranlement nerveux et de la stupeur qui sont la conséquence forcée de l'accident en lui-même, je classerai les blessures produites dans ce déplorable événement sous les trois chefs suivants : *très graves*, *graves*, *peu graves*, plaçant la gravité, je le répète, moins dans l'imminence plus ou moins immédiate ou lointaine de la mort, puisque la mort ne semble pas devoir forcément résulter de l'accident, que dans la durée de l'incapacité de travail.

C'est là une classification toute de circonstance, arbitraire et qui a ses inconvénients, en ce qu'on ne sait pas exactement où commence et où finit sa gravité; mais cette classification cependant me paraissait pouvoir répondre à l'actualité.

Dans ce cas, en effet, le médecin légiste est surtout aux prises avec cette grosse question de l'incapacité de travail dont la mesure est souvent très difficile à préciser; il faut, d'un côté, mettre en regard les impossibilités plus ou moins longues qui peuvent résulter de ces graves accidents; mais, de l'autre, il faut veiller avec soin à ne pas ouvrir le champ à des exploitations déshonnêtes.

L'horrible affaire Troppmann, qui, en septembre 1869, jeta dans le monde entier une indicible émotion, me servira de transition toute naturelle pour passer des plaies et blessures aux fractures du crâne; avec mes honorables confrères, MM. les professeur Trélat et professeur agrégé Bergeron, j'ai été appelé à constater les blessures d'une fournée de sept cadavres! La mère a reçu

dix-neuf coups de couteau entre les deux épaules, sur la poitrine et les reins; l'aîné des enfants (13 ans) a quatre plaies sur le cuir chevelu et le crâne fracassé; le second (10 ans) a de nombreuses plaies au cuir chevelu et à la racine du nez une plaie contuse profonde, les os sont brisés et l'on sent sous le doigt des esquilles osseuses; à la région temporale et occipitale droite, il y a deux énormes fractures, ce qu'on appelle aujourd'hui des fractures avec fracas; de plus, au milieu de l'os frontal, entre les deux sinus frontaux correspondant à une plaie sur la ligne médiane de la peau du front, on voit un trou *quadrangulaire*, fait comme à l'emporte-pièce, tant les bords en sont nets et réguliers; la plaie cutanée qui recouvrait cette plaie osseuse était contuse, profonde, à bords mâchés, mais rien dans son aspect n'indiquait qu'on dût trouver sur l'os sous-jacent ce singulier trou quadrangulaire; on ne peut pas toujours, à l'aspect de la plaie cutanée, prévoir exactement quelle sera la lésion osseuse qui se présentera; dans l'autopsie d'un cadavre atteint d'un coup de feu, j'ai constaté un jour une plaie linéaire faite comme avec un instrument tranchant, et cela dans une étendue de 8 centimètres environ, à ce point qu'en s'en tenant aux signes extérieurs, on aurait cru pouvoir affirmer la production d'une plaie par instrument tranchant; au-dessous de la plaie cutanée cependant, on trouvait une plaie osseuse représentant un trou de balle; ce sont là de ces faits que le médecin légiste doit avoir toujours présents à l'esprit.

Le troisième enfant avait aussi le crâne enfoncé, des os brisés et nombre d'esquilles osseuses; à la tempe droite, les os ne sont pas seulement brisés, mais littéralement écrasés; la région temporo-mastoïdienne est presque réduite en bouillie; à l'occiput, l'os occipital est enfoncé et brisé.

Le cinquième cadavre, celui d'un enfant de cinq ans environ, est tout haché de plaies cutanées; le sixième cadavre, petite fille de deux ans et demi, est couvert de plaies et blessures.

Le septième cadavre enfin, celui de Gustave Kinck, frappé d'un coup de couteau en pleine poitrine, avait gardé au devant du cou le couteau enfoncé jusqu'au manche; qui l'a vu n'oubliera jamais ce cadavre souillé de terre et de sang avec le couteau dans la poitrine, dressé sur une claie, tout préparé pour la photographie !

Ce fait, si complexe et si tristement instructif à tous les points de vue pour les médecins légistes, est relaté avec tous ses détails dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2e série, tome XXXIII.

Comment ces diverses contusions, blessures, fractures, lésions de tout genre ont-elles été produites ? Pour rechercher les causes et expliquer le mode d'action, il faudrait rappeler l'affaire tout entière, et elle est trop longue, trop connue; je n'ai d'ailleurs participé à l'expertise que pour ma faible part, aussi n'ai-je sur ce point qu'à renvoyer aux Annales (*loc. cit.*). Toujours est-il qu'on retrouve là, en quelque sorte, tous les modes de production criminelle des fractures du crâne : fractures par coups violemment assénés avec instruments contondants, piquants et tranchants; dans les fractures du crâne, en effet, une fois les lésions constatées, la première recherche à faire est celle de l'instrument du crime.

On n'a pas, en médecine légale, à considérer les fractures du crâne,

comme on le fait en anatomie pathologique; à ce dernier point de vue en particulier, on lira avec un très vif intérêt les remarquables recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne, par le Dr Félizet (1873); on y trouve, outre la substance des travaux d'Aran sur les fractures de la base du crâne, des considérations très étudiées et très complètes sur le mécanisme des fractures du crâne en général, sur sa conformation intérieure et sa structure, sur ce que Hunault (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1730) appelait déjà les murs-boutants et les arcs-boutants de la voûte crânienne, sur les conditions de résistance de sa composition osseuse, sur l'influence variable et si importante des diverses sutures, sur la résistance des enveloppes méningées et l'élasticité relative de la masse, parois osseuses et substance cérébrale; mais ce n'est plus là l'affaire principale du médecin légiste.

Il doit avoir étudié et connaître tous ces détails, pour bien comprendre d'abord la portée des faits qui lui sont soumis, et ensuite pour en rendre compte, si on lui demande des explications, mais il n'a pas à apporter quand même avec lui cet appareil scientifique en cour d'assises.

Une fracture du crâne est donnée, à différents degrés, fêlures et fissures à différentes hauteurs : table externe, diploé, table interne et, le plus souvent, les trois étages à la fois; elle intéresse les divers groupes osseux formant la voûte crânienne, elle se présente sous les mille formes possibles d'accidents de ce genre, fracture de la voûte, fracture de la base, fracture par contre-coup, peu importe au magistrat qui demandera seulement : Y a-t-il des caractères spéciaux, des signes infaillibles permettant d'affirmer que tel a assommé tel autre avec une pierre, un bâton, un marteau et tous les succédanés du genre? Y a-t-il des indices certains qui indiquent que le blessé a été jeté encore en vie par la fenêtre ou d'une hauteur quelconque, ou bien est-ce un cadavre qu'on a précipité sur le sol? La vraie question médico-légale est là tout entière.

Un homme s'est fracassé le crâne dans une chute : la chute a-t-elle été volontaire ou provoquée? Est-il tombé spontanément, l'a-t-on poussé pour le faire tomber? Un homme est violemment projeté d'une voiture, comme en 1842 l'infortuné duc d'Orléans; il tombe sur une pierre ou un large caillou, ainsi que le professeur Toulmouche en a rapporté quelques cas; il s'élance la tête la première d'un lieu élevé ou on le précipite la tête la première, comme dans le cas de meurtre par fracture du crâne qui a fait à la Société de médecine légale l'objet d'un habile rapport du Dr Horteloup (*Bulletin de la Société de médecine légale*, t. III); il y a là des lésions qui se ressembleront à coup sûr par nombre de points de contact, quant à leurs effets surtout, mais présenteront, quant à leurs causes, quelques différences où l'expert devra se reconnaître.

L'union des os du crâne ne se fait pas, comme pour les autres articulations, par des surfaces articulaires et des ligaments spéciaux; elle se fait par des sutures, des systèmes d'engrenages, des soudures que les anatomistes connaissent bien; le médecin sait bien les lois de cette ossification et de la fusion pour ainsi dire, suivant le progrès de l'âge, des divers os du crâne entre eux, pour toutes les conditions enfin si bien présentées dans le mémoire où Hunault

explique si ingénieusement la différence progressive de la longueur des dents de la table interne et de la table externe; comment, par le progrès de l'âge, les échancrures dentelées se remplissent à la table interne, en faisant disparaître presque entièrement la trace des dents de la table inférieure, et enfin toutes les applications de l'anatomie à la physiologie mécanique.

Ce sont là des connaissances que l'expert se sera préalablement assimilées, mais pour en tenir compte seulement dans l'examen et l'appréciation des violences; quand il verra de ces désagrégations, de ces dislocations surgissant à côté de fractures sous l'effort de la violence imprimée, comme j'en rapporte pour ma part quelques exemples dans mes observations, il saura en déduire certaines conséquences; l'expert constate des fractures à la base du cerveau, il n'a pas à se préoccuper avec le magistrat si une certaine région, répondant au corps du sphénoïde, comme le fait si bien remarquer M. le Dr Félizet (*loc cit.*, p. 44), jouit d'une sorte d'immunité; mais il a au contraire à se préoccuper fortement des conditions d'âge, de sexe, de force pour en bien coordonner les diverses relations.

Le duc d'Orléans, voyant, dit-on, ses chevaux emportés, prêts à se précipiter dans les fossés de la route, s'élança hors de sa voiture, toucha la terre des pieds et, en vertu d'une force d'impulsion centrifuge brusquement interrompue, retomba sur la tête avec une violence qui lui brisa le crâne en tous sens, c'est au moins la version généralement admise; le prince, prétend une autre hypothèse, se levant brusquement tout debout pour parler au postillon, aurait été surpris par une secousse des ressorts très élastiques de sa voiture et lancé sur le pavé où la partie supérieure, retombant directement, se serait effroyablement brisée. Toujours est-il que la boîte osseuse quoique brisée en tous sens, restant néanmoins un tout complet, il y a eu là l'ensemble des lésions qui peuvent accompagner les fractures du crâne, des ruptures de vaisseaux, des épanchements sanguins considérables, et surtout une terrible et mortelle commotion.

On peut en appeler à la *Gazette des hôpitaux* du 19 juillet 1842, qui donne les résultats de l'autopsie : désunion, c'est-à-dire luxation véritable des sutures lambdoïde, écailleuse et mastoïdienne gauches, de la suture sphénoïdale et des deux sutures sphéno-pétrées; fractures de tous genres aux côtés droit et gauche, fractures divisant le sphénoïde au niveau de la selle turcique, enfin système de fractures tel qu'on peut aux deux moitiés du crâne imprimer des mouvements de déduction l'un sur l'autre.

Il y a bien là ce que Dupuytren appelait d'un nom caractéristique : fractures par écrasement; non pas en ce sens que les fragments soient écrasés et réduits en bouillie comme par une attrition violente, ainsi qu'en rapportent des exemples quelques-unes des observations placées à la fin de ce travail, mais comme si la tête tout entière, formant pour ainsi dire un ballon compressible et élastique, affaissait la moitié supérieure sur l'inférieure, ne reprenant en quelque sorte sa forme primitive qu'au prix de fractures multiples, s'irradiant des côtés, qui cèdent forcément en se fracturant, à la base qui résiste d'abord pour se briser en tous sens. Qu'on joigne à ces désordres les ruptures de vaisseaux, les épanchements sanguins, les attritions partielles de la substance cérébrale et

les commotions de la masse intégrale, et l'on se demandera non pas pourquoi la mort arrive, mais comment elle tarde quelques heures à venir.

Les résultats de ces fêlures, si l'on veut donner ce nom à ces fractures dont les fragments ne se disjoignent pas assez pour laisser à nu la pulpe cérébrale, sont d'autant plus redoutables qu'il n'y a pas à la voûte osseuse de pertes de substance par où s'écoule en quelque sorte une certaine déperdition de forces; une perte de substance étant donnée tout d'un coup, la compressibilité du cerveau y trouvera une issue, un diverticulum; il m'a été donné de constater cette vérité physiologique et chirurgicale au moment même de la catastrophe qui a enlevé le si regrettable duc d'Orléans : un ouvrier, travaillant dans un escalier, tomba si malheureusement en arrière sur la tête et se fractura le crâne de telle façon, qu'un fragment triangulaire, de 3 centimètres environ de longueur sur chacun de ses côtés, se sépara complètement du reste de la boîte osseuse, comme si un énorme os wormien se fût brusquement détaché, laissant à nu un espace très considérable où l'on pouvait voir les méninges faire hernie et la masse cérébrale présenter les mouvements alternatifs de la circulation; il y avait des fêlures s'irradiant en tous sens, à partir des parois de cette énorme perte de substance, dans une longueur que les téguments ne permettaient pas d'apprécier; les bords, comme broyés, s'appuyaient, en la comprimant, sur la masse cérébrale; le Dr Penard, mon oncle, chirurgien en chef de l'hôpital, dut relever les parois affaissées; mais, quelque soin et quelque persévérance qu'il pût mettre à replacer en situation et à y maintenir prudemment le fragment osseux pour obtenir la cicatrisation, les conditions de régénération par le périoste n'étant pas alors suffisamment connues, on ne put y réussir; après un long espace de temps et des phases successives de tous genres, le blessé guérit, mais il conserva cependant une large perte de substance que l'on fut obligé de recouvrir par une plaque métallique adaptée à un appareil particulier.

Certes on aurait pu croire à priori que cette dernière fracture devait être plus grave que celles du duc d'Orléans; mais les chirurgiens savent à quoi s'en tenir sur la gravité relative de ces blessures, et l'expert doit se souvenir de ces différents exemples, quand il aura à se prononcer sur le pronostic; il n'est pas inutile toutefois de rappeler qu'il doit faire soigneusement la différence des considérations qui intéressent la chirurgie pure de celles qui ressortissent spécialement à la médecine légale; il doit chercher surtout à dégager son rapport de tout ce qui, étant essentiellement chirurgical, n'a pas d'intérêt direct pour les conclusions judiciaires.

Si l'on constate une bosse sanguine sous les téguments, une plaie, c'est déjà quelque chose, mais ce n'est pas tout, c'est la cause et le mode de production qu'il s'agit de retrouver; le nerf frontal a été piqué; il en peut résulter des douleurs excessives, puis bientôt la perte de la vue du côté blessé; ira-t-on parler au magistrat des paralysies reflexes et lui donner l'explication de Dupuytren, à savoir celle des anastomoses entre le ganglion ophtalmique et le nerf frontal?

Si à la cour d'assises, à la suite des interpellations qui se croisent, on demande à l'expert l'explication de faits que ne sauraient comprendre les per-

sonnes étrangères à l'anatomie et à la physiologie, il est bien forcé de donner des renseignements; mais il aura d'autant plus de chances d'être clair et lucide qu'il sera plus bref et plus concis.

Par suite d'accidents ou de violences, on constate un de ces décollements tégumentaires qui, laissant tout d'abord une grande portion du crâne à nu, rappellent le scalp des sauvages. Le médecin légiste, dans les déductions de son rapport, ne doit pas oublier, toujours au point de vue du pronostic légal, que ces immenses plaies, si effrayantes soient-elles, se cicatrisent souvent avec rapidité; dans son excellente continuation du livre de Follin, M. Duplay mentionne toutefois ces affreuses plaies par arrachement que l'on trouve chez des femmes dont la longue chevelure est saisie dans un engrenage de machine, en ajoutant, contrairement à ce que nous disions tout à l'heure, que la mort a été la terminaison constante de cet accident; il est évident que si l'expert a, ce qui est heureusement rare, un rapport à faire dans des conditions semblables, il devra tenir compte de ces différences.

En thèse générale, au point de vue qui nous occupe, il n'y a pas à examiner les fractures comme le chirurgien doit le faire, par rapport à leur siège, suivant qu'elles intéressent soit la voûte, soit la base, soit la voûte et la base, avec toutes les catégories d'irradiations; il n'y a, à vrai dire, que deux sortes de fractures : celles qu'on diagnostique chez un blessé et celles qu'on constate sur le cadavre; ce sont les seules qui doivent occuper le médecin légiste, parce que ce sont les seules dont s'occupe le magistrat. M. le professeur Toulmouche, de Rennes, dans un travail considérable sur les lésions du crâne et de l'organe qu'il renferme (*Ann. d'hyg.*, t. XII et XIII, 2e série), a rapporté trente-deux observations puisées dans sa pratique et qui pourraient servir, avec les réflexions dont il les a accompagnées, à faire une histoire complète des lésions de ce genre; c'est là un important travail dont la médecine légale et les médecins légistes sont appelés à faire grand profit.

Il est indispensable ici, comme sur tous les autres points de la science médico-légale, de ne pas surcharger inutilement le rapport d'expressions qui n'emportent pas avec elles leur explication; il faut que le magistrat, pour s'en bien pénétrer, puisse clairement interpréter toutes les parties sans être arrêté à chaque instant par des mots dont la valeur réelle lui échappe; il importe que l'expert n'oublie aucune des circonstances qui doivent agir sur l'esprit des magistrats, les circonstances naturelles d'épaisseur et de minceur relatives par exemple; un criminel ne sera pas moins coupable parce que, frappant sur un crâne mince, il aura tué plus facilement et plus vite que frappant sur un crâne épais; il y a là même intention criminelle; mais comme le médecin, ainsi que j'ai cherché à l'établir, n'a pas à préjuger l'intention, son rapport ne doit pas négliger une disposition anatomique qui, au point de vue des circonstances atténuantes, peut avoir son importance.

Dans ce terrible drame dont la malheureuse duchesse de P... a été la victime (*Ann. d'hyg.*, t. XXXVIII), M. le professeur Tardieu a noté que les os du crâne présentaient une épaisseur et une dureté tout à fait extraordinaires; ils n'avaient pas moins de 7 à 8 millimètres en certains points; aussi, malgré l'ébranlement causé par les si violentes et si nombreuses contusions de la tête, malgré la

fracture de la table externe de l'os et la mise à nu du diploé, la table interne est restée partout intacte de la base à la voûte; sans cette épaisseur exceptionnelle, due peut-être, suivant la remarque du savant professeur, au travail d'ossification des os du crâne pendant la grossesse, chez une femme qui avait eu dix à onze enfants, certainement de nombreuses fractures du crâne se seraient ajoutées aux lésions constatées; c'était malheureusement, quant au résultat, insignifiant dans l'espèce; mais dans nombre de circonstances, la remarque trouverait utilement sa place, et ce serait une faute, en tout cas, de négliger de la mentionner.

Un crâne présente-t-il les mêmes conditions de fractures lorsque le meurtre a été commis avec tel ou tel instrument? Non certes; de même que les conditions de fractures ne sont pas toujours les mêmes, suivant qu'une chute ou un choc les a produites. Au point de vue médico-légal, je ne cesserai de le répéter, le grand intérêt de l'enquête sera, la plupart du temps, de connaître l'instrument probable du crime, parce qu'il n'en faudra pas davantage souvent pour faire découvrir le criminel.

Qu'un coup soit asséné sur la tête avec un lourd bâton, comme l'*Observation XXI* en rapporte un remarquable exemple, il y aura un enfoncement de la paroi osseuse là où le choc principal s'est produit, des fractures multiples s'irradieront en tous sens à partir du point central pour ainsi dire; mais il y aura plus rarement de ces fractures qui se prolongent comme à la suite des chutes violentes, jusqu'à la base du crâne.

Dans les fractures produites par un lourd bâton, une houe à main par exemple, comme dans l'*Observation XXII*, on remarque surtout les désengrènements des sutures; c'est une porte qu'on enfonce en arrachant les gonds. Là, la victime est une femme âgée de cinquante-huit ans et cependant la suture fronto-pariétale est désengrenée dans une étendue de 9 centimètres environ; puis le désengrènement cesse brusquement pour faire place à une fracture dont la courbe remonte sur le pariétal droit; chose remarquable, la suture sagittale, celle qui retire les deux pariétaux, a été non seulement ébranlée, mais le désengrènement, par opposition à ce qu'on remarque presque toujours, commence à la table interne.

Dans le cas cité tout à l'heure de la duchesse de P..., au contraire, la table interne reste entière, et c'est la table externe qui est fracturée; cela dépend évidemment, en dehors des conditions anatomiques probablement différentes, de la cause occasionnelle; dans un cas, c'est un lourd bâton, armé d'une forte douille en fer supportant le fer de la houe, qui retombe, et dans l'autre, c'est un lourd pommeau de yatagan. Il y a une grande différence d'effort; il doit y avoir diversité d'effets.

Le marteau qui frappe donnera des fractures à fragments plus petits, plus nombreux, qu'il écrase par sa masse, ou pénètre par son tranchant; un pavé, comme dans l'*Observation XVIII*, non seulement brisera le crâne en nombreux fragments, mais encore en incrustera quelques-uns dans la substance cérébrale.

En résumé, sans vouloir prétendre à l'autorité de poser des principes ou des conclusions absolues, je crois que les fractures intéressant la voûte crâ-

nienne, en se prolongeant à la base du crâne, seraient plutôt l'effet de chutes violentes spontanées ou imposées constituant en quelque sorte les fractures par écrasement.

Les fractures avec enfoncement sur un point et nombreuses irradiations linéaires, avec désengrènement des sutures, résulteront plutôt de coups violents assénés avec un bâton, une barre de fer, un fourreau de sabre, la balle d'une arme à feu.

Le fractures plus divisées, plus petites, avec enfoncement des fragments dans la pulpe cérébrale, seront plus ordinairement les résultats de coups de marteau ou d'engins de ce genre.

Les fractures enfin avec enfoncement considérable, incrustation profonde des fragments dans la substance cérébrale, reconnaîtront pour cause générale des masses plus ou moins considérables agissant violemment par de larges surfaces.

C'est au moins la conclusion pratique à laquelle m'ont conduit les faits nombreux qu'il m'a été donné d'examiner, et dont je rapporte ici quelques observations.

En l'année 1853, janvier et mars, il se commit sur la route de Saint-Cyr et ses environs un triple crime; ce triple assassinat se produisant dans des circonstances à peu près identiques, révélant par conséquent soit une même inspiration, soit une même main, eut un grand retentissement, et jeta, pendant quelques mois, la terreur dans le pays : un marchand d'œufs et de volailles, un coquetier, à la veille de se retirer des affaires, à son dernier voyage à Paris, rapportant de son marché une somme de 5,000 francs environ, fut trouvé dépouillé de son argent et mourant dans sa voiture, une charrette avec les paniers que tout le monde connaît, près du bois de Sainte-Appoline, commune de Plaisir (*Observation XVIII*). Il s'était arrêté un moment dans une auberge, à l'entrée de Saint-Cyr, et y avait quelque peu bu avec les gens qui se trouvaient dans la grande salle. Quand on trouva par hasard son corps qui agonisait, la charrette était arrêtée en travers du chemin et le cheval paissait paisiblement l'herbe du bord de la route; à l'examen du corps, on ne constate pas de traces de violences, mais la tête est horriblement fracassée; sur la région latérale droite et sur le sommet, on découvre nombre de plaies contuses, à bords déchirés et mâchés; toute la région osseuse de ce côté du crâne est enfoncée, brisée; de larges et nombreuses esquilles sont enclavées dans la substance cérébrale, dont une partie a été projetée sur les vêtements du mourant; à priori, on suppose qu'un instrument lourd, volumineux, à large surface, a dû être l'agent des plaies et du broiement du cuir chevelu et des fractures du crâne; en effet, à quelques pas du théâtre du crime, on trouve une pierre de grès, large comme un pavé moyen, étreinte et maintenue par un nœud solidement fait, pratiqué à l'aide d'une corde très résistante et tressée : cette pierre est tachée de sang sur l'une de ses faces; il est impossible de ne pas voir là l'instrument du crime. Je ne me souviens plus de la forme du nœud et je m'en accuse, car il y avait là une caractéristique à rechercher; mais par malheur il y a de cela quelque vingt-cinq ans, et je ne retrouve à ce sujet rien dans mes notes. C'est assurément là une lacune regrettable, car un

nœud quelconque, maintenant étroitement une pierre de ce volume et assurant son action, valait la peine d'être étudié et soigneusement signalé.

Des désordres pareils à ceux constatés sur la victime ne peuvent être que le résultat d'un écrasement où disparaissent toutes les théories sur les fractures du crâne; la voûte crânienne est frappée d'un choc comme sous l'effort d'un projectile qui, animé de toute sa vitesse, fait son énorme trou; il lui est infligé un véritable enfoncement avec des fractures linéaires dans tous les sens; c'est le heurt d'une large pierre qui frappe avec violence, c'est un de ces accidents de chemin de fer qui écrase et qui broie; il y a là toutes les nuances du coup et du contre-coup, une impulsion violente sur un point qui engendre des vibrations de la paroi osseuse dans tous les sens, produisant des fractures partout, à la périphérie, à la base, dans toutes les régions; c'est un effet de balistique qui se comprend si bien qu'il n'est pas nécessaire de l'expliquer.

Un coup de barre de fer, un violent coup de bâton est asséné; comme je l'ai déjà dit, suivant le volume du fer ou du bois, suivant leur force de résistance, suivant le plus ou moins d'épaisseur ou de solidité des parois crâniennes, suivant le degré de violence de la force agissante, on verra surgir une fracture isolée ou multiple, une étoile locale avec irradiation en divers points; mais tous ces détails disparaissent lorsqu'il y a écrasement des parois osseuses, détachement complet de quelques-uns de leurs fragments, pénétration et enclavement de fragments dans la substance cérébrale; il devient alors évident que les lésions ne sauraient être attribuées qu'à une large surface, une réduction relative du marteau-pilon du Creusot agissant avec une grande brutalité de force initiale; du reste, dans le cas cité tout à l'heure, la pierre, trouvée non loin du lieu du crime avec son mode de contention, est venue confirmer éloquemment les présomptions du médecin légiste.

Au mois de mars de la même année, deux marchands coquetiers également, les sieurs D... et Du..., sur cette même route de Saint-Cyr à Trappes, sont mortellement frappés dans leur voiture, une charrette du genre de celle précédemment mentionnée, à leur retour de Paris (*Observation XIX*). Le premier est mourant; à la région temporale gauche, il présente un désordre effroyable, des fractures multiples, des os du crâne avec issue de la substance cérébrale; le second n'est pas mort encore, mais il est dans un état de stupeur qui lui laisse une sorte d'intelligence relative, instinctive, pour ainsi dire, mais ne lui permet pas de se souvenir du passé et de répondre pertinemment aux questions qu'on lui adresse. Il a des blessures aux doigts de la main droite, au nez et à la bouche, mais les principales lésions sont à la tête; on remarque à l'os frontal une solution franchement rectiligne de 2 centimètres et demi environ; ce n'est point une fracture à proprement parler, mais une véritable plaie osseuse, linéaire, représentant évidemment la forme de l'instrument vulnérant; de même que chez l'un des enfants Kinck, ainsi que je l'ai rappelé plus haut, il y avait au front une perte de substance quadrangulaire; c'est une plaie osseuse, et l'instrument qui l'a faite est tranchant; mais en étudiant cette plaie, on constate que la plaie de la table externe va non seulement jusqu'au diploé intermédiaire aux deux tables, mais encore in-

téresse la table interne ; seulement la plaie de la table interne est moitié moindre que celle de la table externe; on doit tenir compte de la convexité relative des deux tables de l'une à l'autre, mais comme cette différence est notablement accusée, il y a dès lors présomption que le tranchant de l'instrument vulnérant sera courbé de telle sorte que les deux extrémités se relevant en dehors pénétreront moins, tandis que forcément le centre de la courbe pénétrera davantage ; les présomptions du rapport sur ce point ont été justifiées par les résultats de l'enquête.

Les coups assénés étaient terribles, les deux blessés cependant ne sont pas morts sur l'heure ; cela tenait aux circonstances de l'assassinat ; les deux tiers postérieurs de la voiture étaient remplis jusqu'à la bâche par des paniers à volailles vides; au tiers antérieur se trouvait le sieur D..., couché transversalement sur de la paille, ainsi que l'atteste une grande quantité de sang remarquée sur la paille et le brancard de ce côté. Le sieur Du... était couché transversalement aussi, la tête reposant sur le clayon de devant; c'était lui qui était censé conduire le cheval, les deux malheureux dormaient. Le cheval était grand et les brancards par conséquent suspendus à une certaine hauteur; la bâche était basse, toutes circonstances qui permettent de présumer que le meurtrier, étant de haute taille, n'a pu asséner ses coups de toute volée, ce qui lui aurait été plus facile s'il avait été petit ou tout au moins de taille ordinaire; dans ces conditions ainsi relevées, on comprend mieux que les deux marchands coquetiers ne soient pas morts sur le coup.

A peine le rapport est-il envoyé au juge d'instruction qu'on arrête un homme grand, fort, gaucher et porteur d'une hachette à fer coupant, convexe et solidement emmanchée d'un manche assez court; toutes les preuves s'accumulent contre cet homme, il va être convaincu de son crime, quand il tranche le débat en se pendant aux barreaux de la petite fenêtre de sa cellule.

Cette double affaire présentait un côté remarquable, c'est qu'il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature de l'instrument du crime; dans le premier cas, c'est un écrasement complet avec écrasement des fragments osseux et incrustation de quelques-uns d'entre eux dans la substance cérébrale; il est évident que la surface écrasante est large, comme celle d'une grosse pierre ou d'un maillet, et, non loin du théâtre du meurtre, on trouve un petit pavé de grès ; dans la seconde affaire, il y a sur l'une des victimes des fractures du crâne avec enfoncement, c'est peut-être avec un marteau ou quelque instrument semblable que le meurtrier aura frappé; mais l'autre victime, moins gravement atteinte, soit parce que le meurtrier n'a pas eu le temps d'achever son crime, soit parce qu'il a été forcé d'assassiner deux hommes, alors qu'il comptait n'en rencontrer qu'un seul, présente, comme blessure caractéristique, une section du frontal; il est probable qu'une même arme aura suffi pour les deux crimes, et une hachette, formant masse d'un côté et coupant de l'autre, peut très bien avoir servi dans ces deux cas : or, on retrouve une hachette pareille à celle décrite dans le rapport entre les mains d'un homme plus que suspect.

Un cadavre porte les traces d'une fracture du crâne, cette lésion est-elle le résultat d'une chute ou d'une violence criminelle (*Observation XX*)? Ici, la plaie qu'on remarque au cuir chevelu présente une grande importance; le plus ou

moins d'attrition des tissus, la direction, l'étendue de la plaie mettront sur la voie du diagnostic; nous ne retrouverons plus les violences d'écrasement constatées précédemment chez les marchands coquetiers ou la fracture pénétrante par instrument tranchant, nous sommes en face d'une fracture simple bien qu'étendue, et, entre la voûte crânienne fracturée et la substance cérébrale, on constate un épanchement de sang considérable; enfin l'homme, une fois frappé, a subi des influences particulières, il a été exposé toute une nuit à l'action d'une température froide et humide; il est évident qu'il y a là des données d'un ordre différent et qu'il faudra, à chacun des éléments du problème, assigner sa véritable valeur, variable suivant les causes et les effets.

Les observations les plus utiles en médecine légale doivent être celles où le mode d'accomplissement d'un crime est à découvert, l'assassin montrant lui-même les instruments du meurtre et expliquant, sans embarras ni réticences, comment le fait s'est acompli; à ce titre, je crois l'observation suivante aussi instructive que possible : Un jeune apprenti pâtissier, perverti par la lecture de déplorables feuilletons dont il faisait ordinairement toute sa pâture intellectuelle, ayant conçu de la jalousie contre un de ses camarades, résolut de l'assassiner; mais voulant par un assassinat grandiose se mettre au niveau de ses héros de roman, il s'imagina d'employer à la fois le fer et le feu; c'était donc un projet parfaitement médité et réfléchi; il se leva à quatre heures du matin pour surprendre son camarade endormi, et, le crime accompli, il se laissa arrêter sans résistance.

Cette observation sortant en quelque sorte de l'ordinaire, en ce qu'elle est écrite pour ainsi dire sous la dictée de l'assassin, je crois utile de l'introduire dans le corps de ce travail, sans l'accompagner de commentaires, les lésions se commentant d'elles-mêmes; j'ai cru, du reste, devoir enlever la voûte crânienne avec son système de fractures, et la déposer dans les archives de la Société de médecine légale.

Je, soussigné, docteur en médecine, sur la commission rogatoire de M. Lambert, juge d'instruction au tribunal civil de première instance de Versailles, et après avoir prêté serment, me suis transporté à l'amphithéâtre de l'hospice civil de Versailles, à l'effet de visiter le cadavre du nommé V... et de dire à quelles lésions ce jeune homme, âgé de dix-sept ans, m'a-t-on dit, a dû la mort qui l'a frappé dans la matinée du 22 janvier 1873.

Le cadavre est celui d'un jeune homme vigoureusement constitué; la tête, au sommet de laquelle on aperçoit une large plaie béante, est couverte de cheveux ensanglantés et agglutinés ensemble; la partie supérieure du visage et l'œil droit surtout sont noircis, non seulement par du sang desséché, mais par un commencement de carbonisation superficielle; la bouche est fermée, les lèvres écartées laissent voir les mâchoires fortement rapprochées et les dents serrées. Le corps tout entier est saisi par la rigidité cadavérique.

Le bras gauche est noirci par le feu jusqu'à l'épaule et en partie carbonisé; à la paume de la main et aux doigts rétractés sur eux-mêmes, la peau a disparu consumée; les muscles sont à nu; à la région antérieure de l'avant-bras et à la face inférieure et antérieure du bras, non seulement la peau, mais une partie des muscles superficiels a été carbonisée.

A la tête, je trouve vers le sommet, dans une ligne qui va d'un ou 2 centimètres

au delà d'une oreille au même point correspondant au delà de l'autre oreille, trois plaies parallèles, indiquant que les coups ont été portés dans une même direction. La première de ces trois plaies, située sur un plan antérieur par rapport aux deux autres, intéresse toute l'épaisseur du cuir chevelu et a une largeur de 3 centimètres environ; à un centimètre de distance de cette première plaie, se trouve une seconde plaie de 6 à 7 centimètres à peu près, béante, au fond de laquelle on aperçoit et l'on sent des os brisés en plusieurs fragments et des morceaux épars de substance cérébrale; cette plaie est béante dans une largeur de 2 à 3 centimètres environ. Derrière celle-ci on voit une troisième plaie intéressant le cuir chevelu dans toute son épaisseur jusqu'aux os du crâne et s'étendant dans un trajet de 3 à 4 centimètres.

Le cuir chevelu, convenablement incisé et rabattu, laisse à nu sur la voûte osseuse du crâne les désordres suivants: fracture des plus comminutives, c'est-à-dire présentant un grand nombre de fragments, s'étendant de la partie postérieure de ce qu'on appelle la portion écailleuse du temporal gauche, jusqu'à la partie postérieure de la partie écailleuse du temporal droit, comprenant les deux pariétaux, c'est-à-dire toute la largeur de la tête d'une oreille à l'autre.

Toute la moitié postérieure du pariétal gauche est brisée en nombreux fragments qui s'enfoncent dans la pulpe cérébrale; une partie de la suture osseuse qui unit le pariétal gauche à l'os occipital, dite suture lambdoïde, est violemment désengrenée. Le pariétal droit est le siège de plusieurs fractures en différents sens, dont l'exacte et minutieuse description topographique n'aurait ni valeur réelle ni intérêt; l'os occipital lui-même présente une fêlure principale dans un trajet de 4 centimètres environ.

La voûte crânienne enlevée, on aperçoit un système de fractures multiples dont chaque fragment pénètre en sens contraire la pulpe cérébrale qui, déchirée, contuse, est en partie disséminée dans les cheveux ensanglantés.

En arrière du tronc, on constate quatre plaies faites par un instrument piquant et tranchant; les deux premières sont situées à la partie supérieure de la région cervicale; l'une, à la ligne médiane du cou, correspond aux vertèbres cervicales; l'autre est à 4 centimètres en dehors de la précédente et à un ou 2 centimètres au-dessus de l'épine de l'omoplate. En disséquant attentivement ces deux plaies, on voit qu'elles pénètrent obliquement dans l'épaisseur des tissus, l'arme ayant probablement glissé sur la convexité de la côte.

A la région dorsale, au niveau des deux dernières côtes, on constate deux autres plaies de même nature que les précédentes, n'ayant pas une ouverture extérieure de plus d'un centimètre et un quart environ. La première de ces plaies pénètre obliquement dans la masse des muscles dorso-lombaires et la seconde traverse toute l'épaisseur des tissus pour arriver directement dans l'abdomen, à la région dite atmosphère du rein gauche. Ces plaies, qui intéressent une grande épaisseur de tissus, ne lèsent cependant aucun organe essentiel à la vie.

Les instruments du crime ont été saisis sur le lieu même du meurtre, et l'assassin avoue lui-même spontanément la façon dont il s'en est servi, aveu dont la nature et la direction des blessures permettent d'admettre toute la véracité. Ce sont des outils de la profession de pâtissier. L'un est ce qu'en termes du métier, paraît-il, on appelle une *batte;* c'est un large couperet tranchant aux deux extrémités, lesquelles, dans un trajet de 10 à 12 centimètres, constituent les arêtes latérales et présentent au centre une épaisseur et une masse destinées à assurer à l'outil par son poids un coup considérable; cet outil, en effet, sert à couper les os et à aplatir les viandes.

Avec cette batte, ayant un manche qui la rend parfaitement maniable, le meurtrier dit avoir asséné trois coups sur la tête du malheureux V... Les trois coups se retrouvent en effet dans la description ci-dessus; le premier doit avoir été effroyable et avoir donné une mort immédiate; les deux autres, asséné presque dans la même région, ont com-

plété les fractures et augmenté la pénétration des fragments dans la matière cérébrale.

L'assassin dit s'être servi ensuite d'un couteau de cuisine; ce couteau, saisi, est très pointu, effilé à son extrémité, assez large à sa base; il a dû pénétrer facilement les tissus dans une profondeur de 6 à 7 centimètres; toutefois il a été plongé obliquement et non perpendiculairement à l'épaisseur des tissus, ce qui explique les lésions relativement inoffensives.

L'assassin a mis ensuite le feu au lit où couchait la victime, et la carbonisation du bras et de la main gauche était déjà assez avancée quand le feu a pu être étouffé.

En résumé, ce sont les coups portés à la tête qui, déterminant d'effroyables fractures du crâne, une sorte de broiement d'une partie de la pulpe cérébrale, ont certainement donné la mort; les coups de couteau et l'incendie, destinés à parfaire l'œuvre de destruction, n'ont très probablement atteint qu'un cadavre.

Les coups assénés sur la tête avec un lourd bâton donnent lieu, comme je l'ai déjà dit, à des fractures multiples, avec enfoncement au lieu même du principal choc, produisant de longues fractures par irradiation, quoique, à tenir compte seulement des exemples que j'ai eus sous les yeux, elles rejoignent rarement la base du crâne.

Un garde forestier de quarante et un ans est trouvé mort près d'un bois, et, à côté de lui, on relève les deux morceaux d'un pieu long de $1^{m},35$ qui semble un fort échalas de palissade; c'est évidemment l'instrument du crime. A l'autopsie on trouve sur la voûte crânienne (*Observation XXI*) une série de fractures multiples, linéaires et curvilignes, s'étendant en différents sens. Ces fractures sont minutieusement décrites dans l'observation, et la pièce anatomique, fort intéressante par le système de fractures et la certitude de la cause productrice, a été également présentée à la Société de médecine légale et conservée dans ses archives.

Une femme, âgée de cinquante-huit ans (*Observation XXII*), a été frappée par son mari d'un coup de houe à main; cette houe est trouvée dans la chambre de la victime; le bâton qui forme le manche de cet outil, juste au niveau de son adaptation avec la douille, la douille elle-même et la plaque de fer qui constitue la binette, sont largement tachés de sang; nous retrouvons évidemment ici des conditions analogues à celles du crime précédent, et nous avons en effet là une même série de fractures; seulement, l'instrument garni de fer étant plus lourd que le bâton qui a tué le garde forestier, il y a eu quelques manifestations différentes; ainsi, chose remarquable, chez cette femme de cinquante-huit ans, la suture fronto-pariétale est désengrenée en partie, puis le désengrènement cesse brusquement pour faire place à une fracture dont la courbe remonte sur le pariétal droit, pour rejoindre la ligne d'union du temporal droit avec le pariétal du même côté.

La violence qui a produit cette multiplicité de fractures a été si considérable que la suture fronto-pariétale et de plus la suture sagittale ont toutes deux subi des désengrènements partiels.

Ces faits me semblent assez caractéristiques, et cependant il me paraît bien difficile, tant certains effets se produisent d'une façon inattendue, de classer les fractures du crâne suivant la nature des agents qui les ont produites; on pourrait dire, en thèse générale, que les fractures à fragments limités reconnaî-

tront le plus ordinairement pour cause des coups de marteau ou de tout autre engin qui y ressemble, et encore l'aspect des fractures sera-t-il différent, suivant que le marteau est manié avec le plat de sa masse ou le biseau de son taillant.

Si, comme chez l'un des coquetiers de Saint-Cyr, on constate des plaies linéaires en quelque sorte, des sections osseuses incomplètes, il est évident qu'on songera naturellement à l'action d'un instrument tranchant qui ressemble, par exemple, au coupant d'une gâchette, car il ne suffit pas que l'instrument soit tranchant comme un couteau, il faut encore qu'il ait du poids pour briser ou écraser par sa masse.

Les fractures avec multiplicité de fragments, isolement de ces fragments les uns des autres et pénétration dans la substance cérébrale, résulteront évidemment de l'écrasement fait par de lourdes masses à plus ou moins larges surfaces.

Les fractures multiples avec écrasement dans un point et irradiations étoilées seront, le plus ordinairement, le résultat de violences exercées par de lourds bâtons.

Les chutes enfin peu violentes produiront les fractures longitudinales, et les chutes très violentes les écrasements de la voûte crânienne, se compliquant ordinairement des fractures de la base du crâne.

Une fracture du crâne étant donnée, quel pronostic en doit-on tirer? C'est là une des grandes difficultés du rapport médico-légal; l'expert redoublera en cette circonstance de réserve et de circonspection, car nombre d'observations l'y invitent, depuis la fameuse histoire d'Ambroise Paré (*Voyage de Perpignan*. 1545), où il raconte qu'en sa présence un soldat donna : *vn coup de halebarde sur la teste d'vn de ses compagnons, pénétrant iusques à la cauité du ventricule senestre du cerueau, sans qu'il tombast en terre*; ajoutant : *J'ay récité ceste histoire comme chose monstrueuse, que le soldat ayant receu ce grand coup ne tomba en terre et ratiocina iusques à la mort*, — jusqu'à celle que rapporte le Dr S. Teller dans les Mémoires de la Société de médecine légale de New-York (*Bulletin de la Société de médecine légale de France*, t. IV, p. 365). «Un gardien de la prison de Linz, en Autriche, attaqué un jour par un prisonnier, fut frappé par ce dernier sur la tête, à l'aide d'une fourche à fumier; il tomba privé de sentiment pendant quelques instants, resta malade quelques jours, puis reprit bientôt sa besogne. Deux semaines après cette aventure, il alla à pied de Linz à Vienne, à une distance de 90 milles environ, y arriva et tomba mort dans la rue.»

Le pronostic n'est pas la seule difficulté du rapport; il en est une autre, tout aussi délicate, dans la nécessité qu'il y a de bien expliquer et de bien faire comprendre aux magistrats les différents phénomènes qui appartiennent soit à la congestion ou à la compression, soit à la commotion; il semblera peut-être singulier aux praticiens instruits qu'on juge utile de faire pareille remarque, mais il n'est pas téméraire d'admettre que les magistrats peuvent bien être tout aussi étrangers aux notions de la pathologie que nous sommes éloignés, nous médecins, des connaissances du droit. L'expert devra donc parler très clairement de ces différents états et en bien faire apprécier la va-

leur au magistrat qui le commet; rien de mauvais comme des explications embrouillées sur ce point, car rien de dangereux comme elles, quand elles sont mal traduites; cela affaiblit singulièrement l'autorité de la science et surtout le crédit qu'on accorde aux savants; il ne faut pas, dans le rapport, laisser échapper de ces dénominations excentriques que les initiés sont seuls à comprendre, il faut viser à un langage clair et intelligible, de sorte que chacun, juge d'instruction, membre du parquet et du barreau, de la Cour et du jury, puisse comprendre ce qu'a dit l'expert et surtout ce qu'il a voulu dire; il est important, pour l'honneur et la liberté, pour la sécurité de chacun, que tout soit bien éclairci, et bien heureux l'expert qui peut apporter la lumière.

Dans son travail sur l'appréciation médico-légale des effets de la commotion cérébrale (*Ann. d'hyg.*, t. XXVI), M. Bayard rapporte plusieurs faits intéressants : Un sieur C... reçoit un coup de battoir sur la tête; d'abord étourdi par le coup, il put cependant se déshabiller et se coucher; dans son lit, il parla facilement et joua avec son enfant qu'il prit dans ses bras; *au bout de deux heures*, il tombe dans un état comateux et meurt huit heures après avoir été frappé; à l'autopsie, on découvre une fracture du crâne avec épanchement de sang; le sang s'est sans doute infiltré lentement, et la lenteur progressive de l'épanchement explique la production lente et progressive des accidents.

Mais la fracture n'avait pu être constatée pendant la vie, et qu'on suppose un expert appelé à faire son rapport sur l'accident, pendant que le blessé est sur son lit, parle facilement et joue avec son enfant; dix heures avant ou dix heures après, sera-ce la même conclusion?

Dans une seconde observation du même auteur, la mort du blessé n'arrive que huit jours et huit nuits après la blessure.

Dans son article sur la commotion, M. le professeur Verneuil (*Dict. encycl. des sciences médic.*, t. XIX) rapporte le fait d'une femme âgée, tombée la veille dans un escalier; la pauvre vieille s'était relevée tant bien que mal, sans aide, et avait regagné toute seule sa mansarde, située à deux étages plus haut; là, elle avait perdu connaissance; attirés par le bruit de sa chute, les voisins étaient venus et l'avaient placée sur son lit; elle avait repris ses sens dix minutes après. Le lendemain matin, elle était bien et le chirurgien diagnostiquait une commotion cérébrale passagère, mais le lendemain, l'ecchymose oculo-palpébrale bilatérale annonçait des lésions assez sérieuses du côté de la boîte crânienne et, dès lors, ne permettait plus d'affirmer l'intégrité complète des parties profondes.

Ne résulte-t-il pas de tous ces faits et de ceux qu'on rencontre à chaque pas, soit dans la pratique civile, soit dans la pratique médico-légale, que non seulement l'expert a pour devoir d'apprécier sainement les faits de la commotion cérébrale, mais encore d'être sobre et réservé dans les conclusions qu'il donne aux magistrats.

S'il en fallait une dernière preuve, on la trouverait dans un très intéressant exposé de discussions médico-légales relatives à la mort d'un sieur Grès (*Ann. d'hyg.*, t. II, p. 474).

Le 12 mai 1833, Charles Grès, ayant reçu un léger coup sur la tête, ne se sent

indisposé que deux jours après; bientôt une maladie grave se déclare, et Crès succombe vingt jours après; les médecins qui avaient soigné le blessé annoncèrent que la mort était la conséquence directe d'une contusion produite sur la tête, par le choc violent d'un instrument contondant.

Des experts médico-légaux firent l'autopsie du cadavre et déclarèrent que la mort de Crès n'était due ni à une inflammation du cerveau ou de ses annexes, ni à une fracture du crâne, ni à un épanchement dans cette cavité, ni enfin aux suites d'aucune lésion bien appréciable de l'une des parties de l'encéphale.

Devant une opposition si manifeste entre les conclusions des différents experts, les unes aboutissant à une peine tout au plus correctionnelle, et les autres à la possibilité de l'application de la peine capitale, on demanda l'avis de cinq professeurs de la Faculté de Montpellier, qui déclarèrent que le coup reçu par le blessé n'avait pu être la vraie cause déterminante de sa mort; ce rapport, émanant d'une commission de professeurs distingués, est assez étendu et contient au sujet de la commotion des opinions peut-être discutables aujourd'hui; mais, ce qui a une importance supérieure, c'est le tour très différent qu'il a donné à cette affaire et qui rappelle à la prudence, contre des rédactions trop hâtives, les hommes de l'art qui délivrent un certificat.

Et maintenant quelle sera la première conclusion de ce travail? Celle que j'ai, suivant ma profonde conviction, exprimée tant de fois, à savoir qu'en toute circonstance le médecin légiste doit être d'une réserve absolue et d'une modération parfaite, cela est acquis à la pratique de la médecine légale. Toujours, ai-je dit, mais j'ajouterai plus encore, — à propos des conséquences si obscures de certaines plaies et de certaines lésions; jamais, à aucun moment, l'expert ne doit avancer une opinion sans donner à l'appui les preuves qu'il aura crues décisives; il doit cette sage prudence à la société qui l'appelle à son secours, il la doit surtout au repos de sa conscience; or, il n'oubliera jamais qu'il est bien difficile que telle contusion du crâne ou telle fracture, même appelée provisoirement à guérir, permette au médecin légiste d'affirmer, d'avance et quand même, ses conséquences heureuses ou malheureuses.

Mais la seconde conclusion, la conclusion dominante par laquelle je veux finir ce Mémoire, c'est qu'en laissant la situation des experts instable, mal définie, de tous points défectueuse, telle qu'elle est aujourd'hui, on fait courir à la société un véritable péril. Déjà depuis longtemps, dans les traités spéciaux et dans de nombreux travaux particuliers : commentaire sur les articles du Code d'instruction criminelle en matière d'expertise médico-légale, par M. Collard de Martigny (*Ann. d'hyg.*, t. VII et suiv.), rapport déjà cité de M. Chaudé, etc., on s'est préoccupé de la situation des experts.

Au tome II de la 2e série (*Ann. d'hyg.*), on peut lire, sur la nécessité d'appeler deux médecins dans les affaires criminelles qui sont susceptibles d'entraîner la peine capitale, un Mémoire bien fait, quoique sur une note un peu lugubre, par M. le Dr Desbois; de ce Mémoire, qui aurait dû s'étendre davantage et surtout provoquer des discussions contradictoires, résulte cette impression de la gravité de la situation de l'expert dans nombre de circonstances.

Dire précisément comment il faudrait reconstituer les expertises et constituer les experts, est une tâche qui ne saurait m'appartenir; bien convaincu toutefois de cette nécessité et m'inspirant des idées de mon excellent maître.

M. Devergie, j'ai essayé, il y a déjà longtemps, dans des *Lettres sur la pratique de la médecine légale* (1861), d'indiquer comment on pourrait utilement créer et former des médecins légistes en instituant des comités d'arrondissement reliés à des comités départementaux et aboutissant à un comité supérieur ou central.

« Au chef-lieu, disais-je, là où se tiennent généralement les assises, on pourrait instituer un comité médico-légal départemental, plus directement en contact avec les sessions d'assises, pouvant accroître et consolider trimestriellement leur somme d'expérience en matière criminelle; les médecins de ce comité départemental deviendraient les consultants naturels des tribunaux de première instance; il y aurait enfin à Paris un comité supérieur de médecine légale avec lequel correspondraient les comités départementaux, pouvant demander conseil au besoin. »

Dans un compte rendu de ces lettres (*Ann. d'hyg.*, t. XXIV), compte rendu auquel je reprocherais seulement un excès de gracieuse bienveillance, M. E. Strohl introduisait au projet une modification à laquelle je souscrirais bien volontiers, tout en faisant une réserve.

« Cette organisation, dit-il, a certainement beaucoup d'avantages, mais demanderait, à mon avis, à être modifiée surtout en un point; je voudrais dans chaque canton un ou deux médecins légistes nommés au concours et chargés de toutes les expertises, à l'exception des rapports de première nécessité, de flagrant délit; c'est dans cette pépinière qu'on puiserait les comités d'arrondissement et de département, leurs membres continuant à exercer leurs fonctions de médecins légistes cantonaux. Je ne verrais pas d'inconvénient, ajoute M. Strohl, à laisser faire les nominations par le parquet, qui, par la série de rapports, pourrait devenir bon juge de la valeur de chacun des médecins. »

La réserve que je voudrais faire à la modification proposée par M. Strohl porterait sur le concours. Le concours est un noble principe qui devrait s'appliquer sur une large échelle; c'est un principe fécondant et vivifiant par excellence. — Je parle, bien entendu, d'un concours où les places ne seraient données *qu'après* les épreuves, — mais il faudrait que le but valût la peine des efforts; or un concours destiné à couronner les victorieux par une allocation de *3 francs*, visite et rapport compris, ne serait pas fait sans doute pour allécher un grand nombre de concurrents; aussi, sans revenir sur les combinaisons que j'ai développées d'ailleurs dans les lettres déjà citées, il est évident qu'il n'y a rien à faire, tant qu'une indemnité possible ne viendra pas destituer l'indemnité dérisoire de 1811; c'était déjà ma conclusion et M. Strohl, en s'y associant, s'écriait : Que Dieu et le Ministre veuillent bien l'entendre!

Si l'on donnait à ces idées, ou toutes autres dans cette direction, une suite véritablement pratique, on éviterait ces discussions pénibles de la cour d'assises qui impressionnent si fâcheusement la conscience publique, qui sont inévitables tant que dureront les choses en l'état et compromettent ainsi non seulement la dignité, mais la sécurité de l'œuvre sainte de la justice.

Observation I (27 décembre 1858). — Je, soussigné, docteur en médecine, sur la

réquisition de M. le procureur impérial, me suis transporté le 20 décembre 1858, dans le bois de Viroflay, à l'effet de constater le genre de mort du gendarme F... de la garde impériale, dont le cadavre avait été trouvé le matin même, dans le bois, atteint d'un coup de feu à la tête.

Après avoir prêté serment devant M. Larnac, juge d'instruction au tribunal de première instance et en avoir reçu commission rogatoire *de vérifier les causes de la mort du gendarme F..., la position dans laquelle il a été atteint, enfin de vérifier, au point de vue de l'art médical, tous les faits de nature à éclairer la marche de la justice*, j'ai été conduit et mis en présence du cadavre.

Ce cadavre est resté sans qu'on y ait touché, m'a-t-on dit, à la place où la mort l'a surpris. Le gendarme F... était dans l'exercice de ses fonctions; le corps est par conséquent revêtu de l'uniforme, moins le chapeau qui, projeté à quelques pas au moment de la chute du corps, avait déjà été ramassé et m'a été représenté plus tard.

A cet endroit du bois, il y a, d'espace en espace, des monticules et des affaissements qui donnent au terrain un aspect assez accidenté. La pente du reste est généralement oblique de haut en bas, par rapport au cadavre, lequel est par conséquent sur le plan le plus déclive.

En avant, à un mètre environ, un peu à la droite du pied droit du cadavre, on voit un terrier dont l'ouverture est dirigée vers le corps et dont les profondeurs vont s'éloignant dans la direction opposée. Le corps a été, suivant toute probabilité, pour des raisons que j'exposerai ultérieurement, frappé de mort dans la station verticale; il s'est, sous l'influence de la cause de la mort, replié en arrière, ainsi qu'en témoigne l'écorce éraflée d'un jeune bouleau, sur lequel il s'est affaissé d'abord et qui, n'en pouvant soutenir le poids, l'a laissé glisser à sa gauche; le corps alors a dû tomber à terre. Le sabre, long sabre de cavalerie, est retombé à gauche, sous le cadavre, fichant son extrémité assez profondément dans la terre ramollie à cet endroit par les pluies des derniers jours. Alors le corps tout entier s'est couché sur le sol dans une attitude sans raideur, courbé en S pour ainsi dire, la tête reposant par sa joue gauche sur le sol, le tronc incliné en avant et les jambes un peu recourbées en arrière, suivant enfin le mouvement de torsion inerte qui, de droite à gauche, l'a pris debout pour le coucher progressivement sur la terre, dans la situation que j'ai décrite plus haut.

La poignée du sabre était entièrement visible et la main droite par quelque point de sa face dorsale, appliquée sur la coquille, non comme si elle avait voulu se saisir de l'arme, mais comme s'y reposant par hasard.

Il était près de trois heures et demie de l'après-midi quand j'ai examiné le corps, et le corps était tout froid; le visage était couvert de sang qui, échappé en grande quantité par les narines, formait de longs caillots; à la région temporale droite, il y avait beaucoup de sang épanché, et l'on apercevait une plaie assez large fermée par une sorte de bouchon que formait la substance cérébrale projetée au dehors du crâne. Vers l'oreille droite, il y avait beaucoup de sang agglutiné et, dans la cavité même de l'oreille, une certaine quantité de substance cérébrale. L'œil droit était fermé, la bouche fermée aussi et les traits du visage exprimaient un état de calme complet. En admettant, ce qu'il ne faudrait pas faire du reste d'une manière trop absolue, que les traits du visage, au moment où la mort s'empare à l'improviste du corps, reflètent avec exactitude la sensation de la dernière pensée, F... semblerait avoir succombé dans des circonstances excluant la prévision et partant l'horreur d'une mort imminente.

Il y avait du sang sur les deux épaulettes, plus sur la droite cependant que sur la gauche, sur les aiguillettes également et sur le côté droit de l'habit. Sur le dos de la main droite, on voyait aussi de nombreuses taches de sang dont la plupart présentaient une projection oblique de haut en bas; sur la cuisse droite du pantalon, il y avait aussi plusieurs taches de sang largement étalées et mêlées quelques-unes à de la subtance

cérébrale; sur la face antérieure de la jambe gauche, il y avait d'autres taches dans les mêmes conditions d'aspect et de constitution, près de la tête; sur quelques feuilles tombées et mouillées, on apercevait également des taches de sang et des débris de substance cérébrale.

Le chapeau m'a été représenté: au bord droit, vers la partie moyenne de la portion comprise entre l'extrémité antérieure et la patte qui supporte la cocarde, se trouve une perte de substance à contours irréguliers, d'un diamètre d'un centimètre et demi environ en hauteur et largeur. Cette perte de substance intéresse toute l'épaisseur du double feutre et de la coiffe du bord droit; autour d'elle on constate, au nombre d'une quarantaine environ, des trous qui, dans toute l'épaisseur du bas du chapeau, ont livré passage à des grains de plomb; les plus écartés l'un de l'autre sont à la distance d'une douzaine de centimètres à peu près. Leur ouverture sur le feutre du chapeau est généralement nette et tranchée dans une direction franchement perpendiculaire, ne présentant par conséquent aucune projection oblique; à l'intérieur du chapeau, en rapport avec les trous antérieurs dont je viens de parler, on aperçoit des trous nombreux qui, sur la bande de cuir doublant et terminant la coiffe, présentent des franges effilées, repoussées de dehors en dedans.

Le 21 décembre 1858, le cadavre ayant été apporté à l'amphithéâtre de l'hospice de Versailles, j'ai procédé à l'examen et à l'autopsie de la tête, siège de la blessure qui a donné la mort.

La tête étant bien lavée, j'ai trouvé à droite, à 5 centimètres au-dessus de l'œil et de l'oreille, la plaie déjà signalée plus haut, et autour de cette plaie, d'un diamètre de 2 centimètres environ, dans l'épaisseur de la peau et du cuir chevelu, une cinquantaine à peu près de petits trous résultant de la perforation de la peau.

Sur la conque de l'oreille, on remarque trois petites plaies circulaires faites par le passage évident de trois grains de plomb; quelques-uns de ces trous, ceux surtout qui, placés sur la limite extrême, sont plus nettement appréciables, présentent une circonférence noirâtre résultant incontestablement de traces faites par la poudre.

Dans les téguments convenablement incisés et fouillés, on rencontre nombre de grains de plomb plus ou moins complets et aplatis; il y a de plus, entre la peau et les os du crâne, des épanchements sanguins considérables.

Les surfaces osseuses mises à nu, on constate que la totalité des grains de plomb s'est éparpillée dans les différents diamètres d'un cercle très rétréci; leur direction toutefois a été tellement perpendiculaire au plan de ce cercle, qu'à l'extérieur de la voûte crânienne, on trouve très peu de traces de grains de plomb qui aient glissé suivant l'inclinaison des courbes osseuses; on n'en aperçoit qu'un ou deux fuyant, un peu obliquement, vers le sommet de la tête.

D'autre part, le plus grand nombre des grains de plomb qui constituaient toute la charge, se dirigeant presque parallèlement, faisant masse, a pénétré sur la limite antérieure de la portion écailleuse du temporal à son union avec la surface concave appartenant au sphénoïde, a chassé devant elle la paroi osseuse et l'a brisée en fragments multiples, qu'on a retrouvés plus ou moins gros, quelques-uns presque imperceptibles, disséminés, perdus en haut, en bas, dans toutes les parties de la substance cérébrale; il reste sur certains points extérieurs de la surface osseuse, notamment au tiers extérieur et droit de la suture du coronal, des traces noirâtres de grains de plomb. Le tiers inférieur de la surface externe du pariétal, au-dessous de la ligne courbe dont supérieurement la concavité limite la force temporale, est criblé de ces traces de grains de plomb qui ont laissé leur empreinte noircie par la poudre. Quelques plombs se sont aplatis sur la surface osseuse, laissant leur empreinte sur la table externe de l'os; les autres ont brisé cette première table en y laissant une empreinte circulaire, mais s'arrêtant sur la table interne; les autres criblant la masse musculaire du temporal qui remplit la fosse

temporale, s'arrêtant dans les fibres musculaires ou les pénétrant pour s'incruster à la face externe de la portion écailleuse du temporal brisée en nombreux fragments, ne tenant l'un à l'autre que par des débris du périoste; de toutes ces parties ont été extraits des grains de plomb soigneusement mis à part.

De l'angle antérieur du tiers postérieur de la ligne d'union de la portion écailleuse du temporal avec le pariétal à droite, part une ligne de fracture s'infléchissant en plusieurs courbes dans toute l'épaisseur du pariétal droit, traversant toute son étendue de la partie droite au sommet de la tête, dépassant la suture sagittale, c'est-à-dire la ligne de réunion des deux pariétaux ensemble, de 5 centimètres environ.

A 6 centimètres à peu près de la suture sagittale, le pariétal gauche présente perpendiculairement à la suture fronto-pariétale, c'est-à-dire la ligne d'union de l'os frontal avec les pariétaux, une fracture qui se prolonge dans une étendue de 6 centimètres également et va, à l'intérieur de la voûte crânienne, se rencontrer à angle droit avec la fracture qui, partant du temporal droit, traverse tout le pariétal et le dépasse. La suture fronto-pariétale est désarticulée, c'est-à-dire que, par la force expansive de dedans en dehors, l'articulation des pariétaux avec le frontal s'est désengrenée.

Au frontal, un peu au-dessus de l'apophyse orbitaire externe, décrivant une courbe à convexité inférieure dont le point le plus inférieur est vers l'apophyse orbitaire externe, se trouve une ligne de fracture s'étendant sur toute la portion qui fait partie de la fosse temporale, commence à la ligne d'union avec la surface du sphénoïde, contourne l'arête qui va constituer l'apophyse orbitaire externe et vient, suivant une ligne courbe irrégulière, se terminer dans un trajet de 6 à 7 centimètres environ sur la face antérieure de l'os.

En dedans, tout le plancher de la voûte orbitaire est brisé; les fragments sont nombreux, mais adhèrent encore plus ou moins intimement entre eux; la paroi externe de l'orbite, surtout la partie formée en arrière par le sphénoïde, manque en presque totalité.

Cette portion osseuse de l'orbite est relativement assez faible et a été, avec ce qui constitue une grande partie de la fosse temporale, broyée en morceaux très menus qui se sont ajoutés à la charge de plomb pour pénétrer de part en part la substance cérébrale.

Les parois osseuses enlevées, j'ai dû procéder à l'étude du cerveau; toute la portion de l'hémisphère cérébral qui correspond à la plaie osseuse est véritablement, si je puis dire ainsi, réduite en bouillie; la masse de plomb, augmentée de fragments résultant de la perte de substance du feutre du chapeau, grossie des esquilles sans nombre des parois osseuses brisées, a énergiquement labouré la pulpe cérébrale dans tous les sens. La substance du cerveau n'offre pas partout, comme à la portion en rapport avec la grande perte de substance du temporal, l'aspect de ramollissement, mais elle fournit partout des grains de plomb et, pour les trouver et les recueillir, il faut en quelque sorte l'écraser entre les doigts.

J'ai soigneusement mis à part tous les grains de plomb rassemblés et les ai confiés à M. le capitaine de gendarmerie, pour les remettre à M. le procureur impérial.

Résumons les désordres produits par le coup de feu : la charge tout entière est arrivée sur le côté droit de la tête, la tête étant, par rapport à l'arme meurtrière, placée de trois quarts. Le chapeau du gendarme devait être sur sa tête, dans sa position régulière, puisque la perte de substance qu'on remarque sur le bord droit et les traces de pénétration de grains de plomb qu'on y observe, correspondait aux lésions notées sur les tissus; une portion des plombs, qui étaient en grande quantité, s'est, dans un cercle restreint, éparpillée sur le chapeau, en a traversé l'épaisseur et est venue pénétrer les tissus mous, peau et muscles; quelques-uns ont imprimé sur la table externe des os ces marques, signalées plus haut, ayant perdu assez de leur force d'impulsion pour ne plus pouvoir traverser la paroi osseuse.

L'autre portion, constituée par un grand nombre de grains de plomb mieux agglomérés, partant ayant par leur réunion, sinon une force d'impulsion plus grande, au moins une force de propulsion plus considérable, faisant balle pour ainsi dire, a repoussé devant elle une partie du bord du chapeau, la peau, le muscle temporal, une portion des parois osseuses formant la voûte temporale, et, réduisant le tout en fragments plus ou moins volumineux, les a entraînés et dispersés vers le cerveau, y déterminant dans la pulpe cérébrale les lésions signalées.

De cet exposé il résulte que le gendarme F... a évidemment dû la mort au coup de feu qui l'a frappé à la tempe droite; les désordres ont été si graves, si complets, que la mort a dû être instantanée; le fusil d'où est parti le coup de feu était chargé à plomb, comme l'attestent les lésions observées et surtout les grains de plomb recueillis. Je mentionnerai ici seulement pour mémoire que des débris de bourre ont été trouvés et mis à part avant mon arrivée près du cadavre.

Des grains de plomb se sont disséminés, les cheveux ne sont pas brûlés, le coup n'a donc pas été tiré à bout portant; mais les grains de plomb ont un écart dont la limite extrême a été de 12 centimètres environ; la plus grande partie de ces grains de plomb a fait une plaie irrégulière, dentelée sur les bords par l'action des grains qui se sont un peu écartés de l'axe de direction de la charge, plaie pénétrante toutefois, entraînant d'effroyables désordres. Or donc, à cause de la force d'impulsion des grains de plomb, de leur peu d'écart, des circonférences noirâtres de quelques trous, j'estime que le coup de feu n'a pas dû être tiré à plus d'un mètre de distance de l'extrémité du canon de fusil au visage de la victime.

Je pense en outre que le gendarme F... était debout quand il a été frappé; en effet, j'ai constaté que la direction des ouvertures était toute perpendiculaire au plan des téguments atteints; si le gendarme avait été penché près du terrier, la tête placée dans une inclinaison quelconque, haute ou basse, l'ouverture des petites plaies aurait traduit cette inclinaison par une obliquité quelconque; comme le sol, détrempé par les pluies précédentes, était humide et très mou, soit le genou, soit seulement le bas du pantalon du gendarme aurait porté des traces d'humidité et de boue, et je n'ai rien constaté de semblable; en outre, le jeune bouleau qui était derrière le gendarme a évidemment supporté le poids de son corps, car, à une hauteur donnée, son écorce présente des traces d'éraflure.

De plus, la situation du cadavre sur le sol s'explique parfaitement par l'affaissement progressif du corps placé debout; la tête a glissé un peu plus bas que le tronc, parce qu'en cet endroit le terrain était en pente déclive, et le corps, les pieds restant à-peu près à la même place, s'est trouvé légèrement tordu sur lui-même.

Le calme des traits du visage, la direction des membres qui n'indique aucune initiative de défense, m'autorisent jusqu'à un certain point à penser que le malheureux soldat est mort dans des conditions telles qu'il n'a pas vu venir la mort et que, par conséquent, n'ayant pas eu à la redouter, il n'a pas cherché à s'en défendre.

L'arme meurtrière, quoique le coup ait été perpendiculaire, a pu être portée par un homme de taille moins élevée que le gendarme F..., s'il s'est placé sur un des monticules dont j'ai signalé la disposition.

En terminant ce rapport, je m'abstiendrai strictement de toute appréciation qui n'appartiendrait pas rigoureusement aux limites de mon mandat.

Observation II (21 mai 1862). — Je, soussigné, etc. etc., me suis transporté à la maison de justice, à l'effet de visiter W... et de dire si la blessure qu'il a reçue doit, d'après sa direction, être attribuée à un coup de feu tiré par un adversaire ou par le prévenu sur lui-même.

Dans la nuit du 11 au 12 mai, W..., âgé de quarante-huit ans, par suite de cir-

constances inutiles dans l'espèce pour mon rapport, avait excité, à la porte d'une maison où se trouvait L..., un certain tumulte; il se retirait, considérant sans doute comme rempli l'objet de sa démarche et, près de la maison même, pressé par le besoin, il mit, suivant son expression, culotte bas; tout d'un coup, la porte de la maison où il venait de se présenter s'ouvrit, W... se leva brusquement, sa chemise alors retomba naturellement, son gilet demeurant ouvert. Il entendit le bruit d'un coup de pistolet qui aurait été tiré contre lui par L..., et aussitôt il sentit au côté droit une secousse assez violente. Il se rhabilla immédiatement et se dirigea vers une carrière pour y passer la nuit; là où il avait senti une sorte de contusion, il sentit bientôt de la gêne et de la douleur, et en y portant la main, il s'aperçut que la bourre du pistolet avait brûlé sa chemise et son gilet à l'endroit où le coup avait porté; telle est au moins la version présentée par W...

J'ai d'abord examiné les traces de la contusion qu'il porte au côté droit; elle est à la hauteur des quatre à cinq dernières côtes, à une région un peu plus antérieure que postérieure; en avant, à la partie supérieure, au point où le projectile aurait frappé, il y a une escarre brunâtre, peu épaisse, peu profonde; cette escarre se continue d'avant en arrière, dans un trajet et une surface de 2 centimètres environ de toutes parts. La nuance brune, assez prononcée en avant, va s'affaiblissant dans sa teinte jusqu'à sa terminaison en arrière.

J'ai fait revêtir à W... la chemise et le gilet qu'il disait avoir portés au moment de l'accident; la chemise est en toile assez fine et assez blanche; elle présente un plastron à larges plis; un de ces plis à droite sépare deux surfaces de 5 centimètres environ de longueur et noircies, à reflets légèrement roussâtres, comme tachées de poussière fine de charbon; n'était le pli dont je viens de parler, ces deux surfaces se continueraient et ne feraient qu'une; ce pli, résultant de l'empesage et du repassage, étant effacé, sépare par une surface entièrement blanche les deux espaces brunâtres que je viens de mentionner.

Un peu plus loin en arrière, près de l'entournure droite, se trouve une assez large perte de substance à contours irréguliers, comme brûlés par place, un peu déchirés: ce trou s'adapte parfaitement à la contusion qu'on remarque sur le côté de W...

Le gilet est en drap épais, en dedans; à droite, au niveau du trou de la chemise et de la contusion de la peau, il y a, à la doublure seulement, un trou de forme et de grandeur à peu près symétriques avec le trou précédemment décrit à la chemise; les contours un peu frangés offrent une certaine teinte comme résultat de combustion; c'était un fort gilet d'hiver; il était doublé de ouate; une portion de la ouate qui était sous la doublure brûlée a disparu, brûlée selon le dire de W...; en effet, la ouate qui reste présente, à l'endroit où devrait être ce qui manque, des extrémités un peu irrégulières et comme noircies par une combustion qui s'est arrêtée; la partie interne du drap du gilet, qui répond à la ouate disparue par combustion, est parfaitement intacte.

W..., comme il le prétend, a-t-il reçu un coup de pistolet à bout portant, et la bourre du pistolet, s'arrêtant sur la peau pour y laisser avec le choc la contusion décrite plus haut, aurait-elle brûlé la peau d'une part, la chemise et le gilet de l'autre, c'est là la difficulté à examiner : de la bourre d'abord il n'est pas question; était-elle en papier, en étoupe? Je n'en sais rien et je le regrette, car cela pouvait avoir sa très grande importance; à quelle distance exacte le coup a-t-il été tiré? ce qui a encore une très grande valeur; on ne saurait le préciser; à bout portant, dit-il; mais c'est là une expression éminemment élastique, et dont l'interprétation doit varier par centimètre pour ainsi dire.

L'incendie peut être apporté par l'arme de deux façons : ou par la poudre qui brûle au sortir de l'arme, ou par la bourre mise en combustion et la propageant; mais la flamme qui sort de l'arme, d'un pistolet, surtout s'il est chargé à poudre, ne va pas

loin; on pourrait admettre que les taches remarquées à la chemise sont le résultat de cette déflagration, mais la brûlure est plus loin, ce n'est donc pas la flamme du pistolet, voyons si c'est la bourre.

Il est avéré que dans certaines circonstances, la plupart du temps exceptionnelles, la bourre d'une arme qui fait explosion peut mettre le feu aux parties voisines et le propager dans une certaine étendue, mais voyons ce qui a dû se passer pour W...

C'est un homme de quarante-huit ans, vigoureux, d'une musculature énergique; il s'était baissé, entend du bruit, se relève brusquement, reçoit un coup en voyant d'où il part et il se contente de se rhabiller tranquillement, puis s'en va. Mais tout d'abord, là où il a reçu la contusion, il était naturel de porter la main et de s'assurer de ce qui était arrivé; la main alors aurait trouvé la bourre, et chemise et gilet n'eussent pas été si complètement brûlés; en se rhabillant, de deux choses l'une: ou il a fermé son gilet qui a de bons et solides boutons, et dans ce cas, la bourre n'a pu ni brûler complètement, ni brûler les tissus; ou bien, il ne l'a pas fermé et l'a laissé flottant, il a, dit-il, marché tout de suite; les frottements du gilet auraient alors singulièrement contrarié la combustion de la bourre, ou la bourre, en brûlant chemise et gilet, brûlant ainsi la peau, aurait averti W...

J'avoue qu'en acceptant la version de W... telle qu'il me l'a donnée avec les desiderata de cette version: forme de l'arme, distance exacte de l'arme, appréciation exacte de la charge de l'arme, substance de la bourre, je ne saurais admettre que la bourre du coup de pistolet qu'il dit avoir reçu ait pu enflammer assez les tissus pour produire les faits que j'ai constatés.

Et cependant, la contusion de la peau est bien celle qui pourrait résulter du choc violent d'une bourre d'arme à feu; les surfaces brûlées sont parfaitement de niveau et adaptées à la contusion. W... aurait-il produit tout ce qui a été remarqué en se tirant à lui-même un coup de pistolet? Cela est fort difficile à dire, et rien, en la circonstance donnée, ne saurait m'autoriser à une pareille affirmation; en admettant qu'il ait voulu produire ce que j'ai constaté, il faudrait avouer qu'il aurait merveilleusement réussi à faire autant et à ne pas faire plus; je ne saurais donc à cet égard conclure que par une hypothèse, et une conclusion hypothétique n'étant pas une conclusion médico-légale, je préfère m'abstenir.

La seule conclusion dans laquelle je me renferme, c'est qu'il me paraît excessivement difficile, pour ne pas dire impossible, que L..., dans les circonstances rapportées plus haut, à la distance où il se trouvait forcément placé, ayant tiré un coup de pistolet sur W..., la bourre ait brûlé la peau, la chemise et le gilet comme W... le prétend.

Observation III (15 janvier 1873). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à G... pour constater le nombre et la qualité des blessures reçues par L... et dire quelle en devra être la suite probable.

L... a d'abord essuyé le feu d'un pistolet, dit coup de poing; dans sa lutte corps à corps avec Ph..., le pistolet serait parti de lui-même sans la volonté de Ph..., par suite des secousses mêmes de la lutte, ou, suivant L..., la direction du pistolet aurait été détournée par les efforts qu'il a faits pour repousser l'agresseur.

Dans l'espèce, nous ne saurions établir comment le fait s'est passé, car la nature de la plaie faite par la balle, au tiers supérieur de la cuisse droite, laquelle plaie paraît de peu d'importance, ne nous fournit pas d'indication certaine sur ce point; la peau a été déchirée de haut en bas, dans un trajet curviligne de 2 centimètres environ; de haut en bas, car, traçant une sorte de courbe, la peau, violemment rupturée, est venue se ramasser en quelque sorte à la partie inférieure; la balle n'est pas restée dans la plaie, car par le toucher, nulle part on n'en constate la présence; sans pénétrer dans

l'épaisseur des tissus, elle n'a donc fait que déchirer la peau, en la repliant sur elle-même pour ainsi dire; du reste, L... portait un pantalon de travail par-dessus un pantalon de gros drap et un caleçon de gros coton, les deux pantalons et le caleçon ont été percés d'un trou identique à un niveau correspondant à la plaie de la jambe droite.

La direction de haut en bas du coup, dans une trajectoire se rapprochant beaucoup de la parallèle à l'axe du membre, la résistance opposée par les deux pantalons et le caleçon de coton, le diamètre de la balle qui doit être peu considérable eu égard au calibre du pistolet, l'aspect de la plaie enfin, toutes ces circonstances concourent à me faire considérer cette plaie de la cuisse comme de peu d'importance et ne devant offrir, à tenir compte de la généralité des cas, aucune gravité pour l'avenir.

L... porte en outre à la poitrine, au côté gauche, deux plaies d'une nature différente de celle de la cuisse droite; elles ne sont pas, en effet, produites par une arme à feu, mais par une extrémité piquante; on a saisi sur l'agresseur une canne à épée qui nous a été représentée et a été tordue en différents sens par les accidents de la lutte ou peut-être aussi en dehors de la lutte; la lame de cette canne à épée est quadrangulaire comme celle de certains fleurets, elle est très probablement l'instrument des lésions de L... et qui nous restent à décrire.

A la région thoracique gauche, à un point qui serait à la rencontre de deux lignes: l'une oblique de haut en bas vers la gauche, à 6 centimètres du mamelon, et l'autre transversale, commençant à 3 centimètres au-dessus du mamelon et se dirigeant à gauche également de la cinquième à la sixième côte environ, on trouve une première plaie de forme quadrangulaire ayant un cinquième de centimètre de côté; cette plaie, suivant toute probabilité, a été pénétrante de 2 ou 3 ou 4 centimètres peut-être. Il n'est, dans l'intérêt du blessé, absolument interdit de contrôler cette assertion par le sondage de la plaie; cette plaie a donné lieu à un vif sentiment de douleur et à une respiration difficile. Toutefois, à la date de l'examen, il n'y avait pas eu d'expectoration sanguinolente; l'auscultation, ni la percussion thoracique, laquelle, en pareil cas, ne saurait être pratiquée qu'avec une précaution excessive, ne donnent pas de résultats caractéristiques; la respiration toutefois s'entend généralement bien et d'une façon régulière.

A gauche de cette plaie, on en rencontre une autre qui paraît superficielle et semble ne présenter aucune gravité.

De tout ce qui précède résulte pour la santé du malade un pronostic favorable; si le blessé suit exactement les prescriptions de son médecin, s'il ne commet pas d'imprudence, si rien ne survient en dehors des prévisions ordinaires, je pense que L... doit parfaitement et assez promptement guérir des blessures qu'il a reçues.

Observation IV (1849). — Sur le cadavre de la fille C... qui a reçu un coup de feu, on constate une vaste plaie occupant toute la joue gauche et s'étendant de la partie antérieure du pavillon de l'oreille à la cloison du nez et de haut en bas d'une ligne formée par le sourcil jusqu'à celle représentée par le bord inférieur de l'os maxillaire inférieur. Cette vaste plaie, où la peau de la joue ne se rencontre que par lambeaux, quelques portions d'ailleurs ayant été éparpillées de tous côtés au moment de l'accident, laisse à nu un effroyable désordre. Le globe oculaire est encore dans l'orbite, dont le plancher inférieur est complètement détruit; les muscles qui le retiennent sont manifestement tiraillés et altérés dans leur substance. Des fractures multiples se rencontrent en haut, en bas, à gauche, à droite, sur presque toutes les surfaces osseuses qui composent cette partie du crâne et de la face, et qui sont dépouillées de leur périoste; la base du crâne est fracturée en tous sens; l'os sphénoïde est enlevé; les os propres du nez sont luxés et brisés; le maxillaire supérieur est enlevé en entier, le temporal, à sa portion écailleuse, est fracturé en plusieurs endroits, quelques frag-

ments s'enfoncent dans la pulpe cérébrale; la voûte palatine n'existe plus, et la langue, gonflée, ramassée sur elle-même, tachetée d'espace en espace de petits points noirâtres, est entièrement à découvert, de la racine à la pointe. Ce qui reste de la lèvre inférieure et du bord supérieur de la joue est complètement dilacéré; sur la joue droite, on remarque deux petites taches noirâtres résultant de la déflagration des grains de poudre; à la partie interne de la paupière supérieure droite on constate une traînée noirâtre, trace de poudre également.

J'ai, de tous ces débris, extrait un certain nombre de grains de plomb, les uns coupés, les autres aplatis sur les surfaces osseuses, et j'ai constaté que leur diamètre était égal à celui du plomb qui m'a été représenté et dont l'arme meurtrière était, dit-on, chargée.

Dans les deux avant-bras, à diverses places, on retrouve des grains de plomb.

En résumé, de ce qui précède, je conclus que la fille C... a succombé, frappée par la décharge d'une arme à feu, ainsi que les traces de poudre l'attestent; l'arme a dû être chargée de grains de plomb, l'extraction de grains de plomb le démontre amplement; un projectile d'un plus gros diamètre, en donnant la mort, n'aurait pas déterminé les désordres sans nombre constatés. Le coup de feu n'a pas dû être tiré à bout portant, car le coup de feu aurait fait balle; il a dû être tiré d'assez près cependant pour que cet effet ait été presque produit, et c'est au commencement de divergence des grains de plomb résultant d'une certaine distance entre le canon de fusil et la victime, qu'il faut, selon moi, attribuer l'étendue et la gravité des désordres; d'après l'étendue même de ces désordres, j'estime que la charge a dû être considérable.

Observation V (11 septembre 1872). — Je, soussigné, etc., à M...-sur-M..., ai constaté l'état d'un cadavre, dit celui de la femme G. L..., âgée de quarante-cinq ans, à l'effet de dire à quelles causes cette femme a dû la mort. Examinant avec soin le corps avant de procéder à l'autopsie, je ne trouve ni fracture à la tête ou aux membres, ni trace avérée de contusions sur le corps, dont la peau est cependant d'une blancheur relativement remarquable; toutefois, au côté externe et en bas de la narine gauche, on constate une certaine étendue de peau, de 2 à 3 centimètres, comme parcheminée, état qui résulte évidemment d'une violente contusion qu'atteste de plus une ecchymose considérable dans toute l'épaisseur des deux tiers gauches de la lèvre supérieure; il y a, à la mâchoire supérieure, des dents qui manquent; mais on peut se rendre compte qu'elles manquent depuis longtemps et que leur absence n'est pas le résultat de violences récentes, car les gencives n'ont pas saigné et les dents qui restent ne paraissent pas ébranlées.

A l'examen du cerveau, on ne trouve qu'une congestion sanguine assez prononcée et généralement répartie; l'ouverture de la poitrine révèle une congestion très prononcée de tout l'appareil pulmonaire et une remarquable adhérence de toute la face antérieure des deux poumons à la plèvre costale. Il est rare de trouver des adhérences aussi générales et aussi intimes, car c'est avec une réelle difficulté qu'on réussit à isoler les poumons de la plèvre costale antérieure.

L'estomac contenait des débris alimentaires notablement colorés par du vin, et l'odeur alcoolique fortement caractérisée qui s'exhale indique qu'au moment de sa mort, la femme L... était évidemment sous le coup d'une intoxication alcoolique.

On peut inférer de ce qui précède qu'un coup violent a été porté à cette femme à la région de la narine gauche et de la lèvre supérieure; la violence de ce coup, jointe à un état d'ébriété présumable, a dû favoriser la congestion du cerveau et celle du poumon; de plus, la disposition pathologique constituée par l'adhérence intime des plèvres pulmonaire et costale, ne permettant pas en avant la libre ampliation des cellules pulmonaires, si, comme cela est probable d'après les déclarations mêmes du prévenu, une

pression énergique a été, pendant un temps plus ou moins long, exercée sur le cou et la partie supérieure de la poitrine, la mort a dû résulter assez rapidement de toutes ces fatales conséquences réunies.

Observation VI (6 janvier 1873). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à F..., à l'effet de déterminer les causes de la mort de C..., âgé de soixante-trois ans.

Le sieur C..., cultivateur, a succombé dans la nuit du 24 au 25 décembre vers une heure du matin. Le 25 décembre, on le trouvait mort dans sa charrette, et c'est par suite de circonstances particulières, le 28 décembre seulement, qu'on a pu examiner le cadavre.

Enveloppé d'un suaire, il avait été placé dans sa bière, d'où on a dû le tirer pour le livrer à mon examen. La température chaude et humide de la dernière semaine de décembre 1872 a singulièrement hâté la décomposition cadavérique, et les tissus présentaient une teinte plombée très caractérisée, rendant plus délicate et plus difficile l'appréciation des lésions à observer sur la peau.

Le cadavre est celui d'un homme de forte corpulence; le col est épais et court; le visage est cyanosé, bouffi; du sang quelque peu spumeux s'échappe de la narine gauche; la face dorsale du nez présente vers la région moyenne une légère excoriation; à 2 centimètres environ de l'œil gauche, on constate une petite érosion linéaire curviligne.

A gauche, au-dessous du menton, partant en avant de l'angle de la mâchoire pour se porter vers le larynx, on remarque un sillon offrant un aspect presque parcheminé, dans une étendue de un centimètre environ de haut sur 3 centimètres et demi de large; le sillon ne se continue pas avec le même aspect jusqu'à la ligne antérieure et médiane du larynx, mais de la fin de cette surface, dite parcheminée, à ce qu'on appelle la pomme d'Adam, cette proéminence connue de tout le monde, on aperçoit d'espace en espace des points parcheminés, indiquant que la cause qui a produit le sillon a agi plus spécialement et plus énergiquement sur ce point, mais s'est aussi continuée vers le larynx, sans avoir, dans son action, le même degré d'intensité.

Examinant avec soin le cou à sa région postérieure, nous n'avons trouvé que les sugillations cadavériques ordinaires.

La peau du visage paraissait généralement congestionnée, autant qu'on en puisse juger sous la teinte cadavérique résultant de la décomposition.

Au-dessus de la partie antérieure et moyenne du cou, s'étendant de haut en bas sur la face antéro-supérieure de la poitrine, se remarquait, plus avancée à droite qu'à gauche, une surface étendue de teinte plus plombée que les tissus environnants et se rapportant très probablement à une large ecchymose.

La mort remontant à la nuit du 24 décembre, la décomposition cadavérique était déjà trop avancée, à la date du 28, pour nous permettre d'assigner à cette ecchymose des limites bien déterminées et une cause précise.

Les deux mains sont couvertes de taches de sang, plus abondantes et plus marquées à la main droite qu'à la main gauche.

Disséquant avec soin cette surface légèrement parcheminée, signalée plus haut au côté gauche du cou, j'ai constaté une extravasation sanguine prononcée dans le tissu cellulaire et les muscles sous-jacents; on ne constate nulle trace d'écrasement, de rupture ou de luxation, ni à l'os hyoïde, ni aux cartilages du larynx.

Les vaisseaux sanguins périphériques du cerveau présentent une congestion de médiocre intensité; diverses coupes faites dans la substance cérébrale témoignent d'une congestion générale assez peu prononcée, mais ne révèlent aucun épanchement sanguin de nature particulière.

Les poumons sont peu engoués et sans congestion caractéristique; on ne constate

pas d'ecchymoses sous-pleurales; le cœur ne contient qu'un peu de sang liquide et pas de caillots.

On trouve encore des aliments dans l'estomac; des morceaux de viande incomplètement mâchés se rencontrent çà et là dans la bouillie grisâtre formée par les éléments en cours de digestion; il y a de plus, çà et là, des traces de coloration rougeâtre et une odeur vineuse indiquant l'ingestion d'une certaine quantité de vin rouge.

Un foulard de soie blanche m'est ensuite représenté; il a été, dit-on, trouvé dans la charrette de C... et ne lui appartenait pas; ce foulard est en soie résistante, de dimension analogue à celle des foulards connus sous le nom de *pointes*, c'est-à-dire de la dimension d'un petit mouchoir de poche; on peut constater qu'il a été plié et replié dans le sens de ses diagonales; les plis sont nombreux, rapprochés, et il est évident que ce foulard a été plié de façon à constituer une espèce de cordon présentant une grande force de résistance. Sur la blouse de C..., il y avait des traces de sang; son gilet, neuf pour ainsi dire et de drap solide, avait ses trois derniers boutons de bas en haut violemment arrachés; en effet, non seulement les boutons manquent, mais le drap manque aussi et est arraché là où les boutons étaient cousus.

On peut, de tout ce qui précède, conclure que C... a péri par strangulation.

L'état du cerveau, celui des poumons, mais surtout le sillon décrit plus haut, le démontrent amplement; en effet, ce sillon, tel que je l'ai constaté, ne saurait exister, avec les caractères indiqués plus haut, que dans les cas de strangulation; il n'est pas nécessaire que le sillon forme un cercle complet ou soit profondément accusé pour expliquer la mort; une constriction violemment et soudainement opérée suffit à arrêter la respiration, si surtout, comme dans l'espèce, cette constriction se joint à des causes prédisposantes; or, ces circonstances se rencontrent nombreuses chez C..., c'était d'abord un homme trapu, au col court et épais, c'est-à-dire prédisposé à la congestion; de plus, il avait fait un repas plus ou moins copieux, ainsi que l'indiquaient les résidus trouvés dans l'estomac. Après une journée de fatigue, probablement endormi dans sa charrette, il aura été surpris et la mort aura succédé rapidement à la strangulation, sans lutte probable entre la victime et le meurtrier. J'estime en outre que le foulard qui m'a été présenté, plié de façon à former un cordon aussi solide que résistant, a pu être l'instrument de la strangulation.

Observation VII (10 mai 1850). — Je, soussigné, etc., me suis transporté au G..., hameau de la commune d'O..., à l'effet d'examiner T..., d'apprendre de lui avec détails, sur le lieu même, comment, le 19 septembre 1849, il a eu la première phalange du pouce gauche coupée, de voir la petite cognée à main ou hachette et le billot à l'aide desquels s'est produit l'accident et de dire si la mutilation dudit T... a pu avoir lieu involontairement comme il le déclare; si ledit T... a pu, dans les circonstances rapportées par lui, se détacher dans l'articulation et sans fracture des os, avec l'instrument qu'il représente, la première phalange du pouce de la main gauche ou s'il y a lieu de penser que T..., pour se soustraire au service militaire, s'est volontairement mutilé avec tout autre instrument que cette cognée ou hachette à main.

Le sieur T..., âgé de vingt-deux ans, d'une constitution vigoureuse, ayant eu antérieurement le bras droit cassé à N... par l'explosion d'une mine destinée à comparer la puissance du fulmi-coton et de la poudre à canon, a, le 19 septembre 1849, perdu la première phalange du pouce gauche, dans un accident qu'il raconte ainsi : A l'aide d'une hachette neuve et parfaitement coupante, il s'occupait à amincir de petites cales de bois; il avait placé une petite cale qu'on n'a pu retrouver, mais qui, d'après ce qu'on m'a rapporté, ne devait pas avoir plus de 12 centimètres de haut sur 10 de large, sur le bord d'un petit billot haut de 25 centimètres environ, large approximativement de 18 centimètres et au centre duquel était implanté un long clou à tête large et plate, haut d'une

dizaine de centimètres, la cale étant petite et impossible à tenir à pleine main; T... la maintenait avec le pouce gauche placé sur la carre supérieure et les doigts de la main embrassant le bord latéral; la hachette, frappant sur la carre inférieure de la cale, placée un peu obliquement sur le billot, tombait donc, coup sur coup, entre le clou et le bord supérieur de la cale, lorsqu'un coup mal dirigé rencontra la tête plate du clou; déviant de sa route, le tranchant de la hachette se dirigea rapidement sur le pouce appliqué au bord supérieur de la cale, et rencontrant la première articulation phalangienne, y pénétra avec assez de violence et de justesse, pour séparer immédiatement la première phalange de la seconde.

L'accident est arrivé le 19 septembre 1849, et c'est seulement le 23 avril 1850 qu'il m'a été donné d'en constater les conséquences. Il y a donc des renseignements, comme: étude de la surface articulaire, plus ou moins d'intégrité de cette surface, plus ou moins de netteté des bords de la plaie, qui m'auraient été fort utiles, et qui m'échappent complètement.

Voici quel est l'état actuel du pouce gauche : la première phalange n'existe plus, et comme la section, quelle qu'elle ait été, n'a laissé que peu de peau, le moignon est un peu aminci et moins volumineux que la portion correspondante de l'autre pouce; il y a comme un léger froncement de la peau autour d'une surface cicatricielle médiane qui adhère à l'os.

J'ai écouté avec le plus grand soin les explications de T..., j'ai vu le billot avec son clou au centre, la hachette dont on s'est servi depuis; j'ai prié T... de se remettre exactement dans la situation où il était lorsque l'accident est arrivé; j'ai cherché à placer le pouce dans la situation la plus favorable à la production de l'accident et je n'ai pu arriver à l'intelligence complète d'un accident aussi grave dans de pareilles conditions; je comprends bien que la hachette, rencontrant une surface dure, dévie de sa route et arrive sur le pouce qu'elle peut entamer d'une manière plus ou moins profonde et plus ou moins grave, mais je comprends mal, ou plutôt je ne comprends pas que l'impulsion d'une hachette, dont le poids de 5 à 6 livres est peu considérable pour le bras vigoureux de T..., impulsion qui devait être mesurée d'ailleurs au but proposé, c'est-à-dire à l'amincissement d'une petite cale, reste assez énergique pour vaincre d'un coup les nombreuses résistances qui retiennent les phalanges entre elles. Je ne crois pas en outre que, seulement posée sur le billot, et posée obliquement, la cale offrît un plan assez fixe pour permettre un effort aussi considérable que celui nécessaire à l'amputation d'une phalange, et je ne crois pas enfin que, dans toutes ces conditions, l'amputation puisse être complète et la section de la peau nette et régulière.

Toutefois, la date de mon examen, la constatation d'une ancienne fracture qui, s'opposant à certains mouvements du bras droit, suffisait, à mon sens, pour exempter T... du service militaire, la possibilité de certaines blessures qu'on aurait tout d'abord présumées improbables, m'empêchent d'affirmer que T... se soit volontairement mutilé, et, après avoir exposé une opinion puisée dans l'examen scrupuleux des faits et ma conscience, je crois réserver à une enquête qui n'est plus de mon ressort une affirmation plus précise et plus exacte.

Observation VIII (13 avril 1873). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à l'amphithéâtre de l'hospice civil de Versailles, à l'effet de visiter un cadavre qu'on m'a dit être celui de B..., garçon blanchisseur, âgé de vingt-cinq ans, qui, pendant la soirée du 25 mars dernier, a, dans une rixe violente, échangé des coups avec un adversaire: de faire l'autopsie de ce cadavre, d'indiquer les lésions externes et internes, dire la cause de la mort, ce qui a déterminé la maladie, et si, étant donnée une affection du péritoine, la période d'incubation a pu durer plusieurs jours, après les coups reçus.

Le cadavre est celui d'un adulte assez fortement musclé; il ne présente aucune trace

de décomposition cadavérique, le 9 avril à trois heures de relevée, si ce n'est la région abdominale où se trouve évidemment, d'après les renseignements recueillis, le siège de la maladie qui a emporté le malade ; toute la paroi abdominale, en effet, offre un aspect verdâtre assez prononcé qui ne saurait toutefois se rapporter à des ecchymoses produites pendant la vie; dans la région de l'hypocondre gauche, on remarque les traces d'un vésicatoire appliqué comme traitement de la maladie.

A peine la paroi abdominale est-elle incisée qu'il s'échappe de la cavité abdominale un liquide purulent, très abondant; la paroi abdominale, complètement relevée vers la poitrine, montre en effet que la cavité abdominale renferme une très grande quantité de ce même liquide; le péritoine pariétal est rouge et présente des arborisations vasculaires témoignant d'une inflammation très prononcée.

La portion du péritoine qu'on nomme épiploon adhère fortement à la masse intestinale qu'elle recouvre; on ne peut l'en séparer, tant l'adhésion est intime, qu'en la déchirant de toutes parts. Les anses intestinales sont soudées entre elles par des fausses membranes blanchâtres qui s'étendent dans toute la profondeur de l'abdomen, en reliant entre elles et en les tendant d'une façon tout intime, les anses intestinales; tout l'abdomen est le siège d'une péritonite des plus intenses qui a enlevé le malade.

Je ne saurais préciser les causes de cette péritonite, mais elle est tellement intense et tellement générale que, suivant toute probabilité, ces violences exercées sur le ventre peuvent l'avoir produite.

Si donc l'instruction établit que, quelques jours avant la mort, des violences ont été exercées sur le ventre de B...., on peut les considérer comme la cause de la péritonite qui a enlevé B...

Des violences peuvent être exercées sur le ventre et y déterminer ultérieurement et profondément une péritonite, sans laisser une marque précise et déterminée sur la peau du ventre, et la période d'incubation de la maladie, de la péritonite, peut durer une huitaine de jours environ, plus ou moins, suivant les circonstances.

L'autopsie ne montrant aucune trace positive de ces violences extérieures, je ne puis affirmer qu'elles aient existé, sans pouvoir, d'autre part, en récuser l'évidence, comme point de départ et cause de la péritonite.

Observation IX (7 mai 1874). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à l'hôpital de Poissy, à l'effet d'examiner le cadavre de la jeune P..., âgée de sept ans et demi, et de dire quelle a été la cause de la mort et si, comme l'opinion publique le déclare, cette enfant a succombé aux mauvais traitements dont on l'aurait accablée.

Chez cette enfant, le visage, la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs sont remarquablement amaigris; à la bosse frontale droite, au-dessus de l'œil, il y a la trace évidente d'une contusion violente et une grosseur où le doigt perçoit une fluctuation annonçant, soit un caillot plus ou moins ramolli, soit un épanchement de sang ou d'un liquide quelconque; on y sent même une sorte de crépitation qui ne paraît pas toutefois se rapporter à une fracture de la table osseuse; aux deux angles de l'œil, on constate un épanchement sanguin presqu'en voie de résorption.

Les narines, la lèvre supérieure, la joue droite, le menton présentent certaines surfaces où la peau est comme tannée, et cet aspect est le résultat incontestable de violences en cet endroit; à l'épaule gauche, au-dessus de la clavicule, il y a des traces de contusions où la peau est comme tannée également dans une surface de 2 à 3 centimètres; au bras gauche, à la face postérieure, il y a de nombreuses traces d'ecchymoses et de plaies contuses qui sont surtout très accentuées au-dessus du coude. Au bras droit, on remarque une plaie contuse laissant une surface de 2 à 3 centimètres de peau parcheminée à la région externe du coude; sur toute la continuité de la face externe de l'avant-bras, il y a des traces de contusions nombreuses; vers le tiers inférieur de

l'avant-bras, il y a une tuméfaction considérable, sous laquelle on peut percevoir une fluctuation évidente, résultant d'un épanchement de sang ou d'un liquide quelconque. La main droite, à la face palmaire, présente, avec des limites très arrêtées, la peau comme tannée dans une surface de 2 centimètres carrés environ.

Le ventre, très ballonné, présente les surfaces verdâtres d'une décomposition cadavérique assez prononcée; on n'y saurait préciser exactement des traces de contusion; à la partie supérieure de la cuisse droite, il y a de nombreuses plaies contuses très accentuées; sur tout le membre inférieur gauche, dans l'aine, à la cuisse, sur la jambe en avant, en arrière, en dehors, en dedans, presque partout enfin, il y a de nombreuses plaies contuses; sur le cou-de-pied, à la face externe du pied, il y a encore nombre de plaies contuses. Au membre inférieur droit, sur la crête de l'os iliaque, sur la cuisse, sur la jambe, en avant, en dehors, en dedans, partout il y a des plaies contuses sur le pied; il y a une plaie contuse où la peau dans une assez grande surface est comme parcheminée.

Le cadavre étant retourné sur le dos, on aperçoit çà et là plusieurs traces de contusions, mais la région fessière présente un aspect saisissant, on y découvre, en effet, une vaste surface, de plusieurs centimètres de long et de large, où la peau est comme tannée, parcheminée, tant elle est sèche et résistante. L'orifice anal présente deux lèvres épaisses, comme escarrifiées, et au côté gauche de l'anus, il y a, dans un trajet de 3 centimètres environ, en ligne courbe, des traces de déchirure comme si l'on avait fait effort pour refouler l'anus, et que cet effort eût été assez violent pour déterminer une déchirure qui, du reste, ne paraît pas d'origine récente et peut remonter à quelques semaines. En effet, les bords de la plaie ne sont ni frais ni sanguinolents, et il y a les traces d'une suppuration chronique légèrement grisâtre; cette enfant avait, disait-on, une chute du rectum.

Extérieurement donc, le cadavre de cette pauvre enfant n'est pour ainsi dire qu'une seule plaie contuse, tant les plaies contuses sont nombreuses et accumulées à la surface du corps.

Procédant à l'autopsie, j'examine d'abord avec soin la bosse frontale signalée plus haut; je dissèque attentivement les tissus et je constate un épanchement sanguin d'abord, puis purulent, d'où le pus jaunâtre, liquide, a décollé les tissus dans une certaine étendue; l'épiderme ne paraissait que froissé à la surface extérieure, mais le derme sous-jacent épaissi est déchiré en plusieurs points; la surface osseuse sous-jacente n'est point brisée; il est donc évident qu'un coup violent a été porté dans cette région; c'est la couche inférieure du derme qui a cédé sous le choc et s'est déchirée, tandis que la couche supérieure, où se trouve l'épiderme, a transmis l'effort sans le rompre; c'est ce qui arrive quelquefois dans les blessures de guerre : un boulet n'a pas déchiré la peau, et a cependant brisé les surfaces osseuses sous-jacentes, et réduit en bouillie les masses musculaires.

Au côté droit et en arrière de la tête, il y a un nouvel épanchement sanguin avec infiltration purulente décollant le tissu cellulaire et soulevant les téguments; cette accumulation purulente, signalée à la bosse frontale droite, recommence à droite au-dessus de l'oreille, se continue à la partie postérieure de la tête, et s'étend jusqu'à la région gauche; les plaies contuses signalées aux membres supérieurs et inférieurs ont dû être disséquées avec soin pour constater l'état des tissus sous-jacents; au bras droit seul, à ce soulèvement signalé précédemment, on a constaté un large épanchement de pus rougeâtre, décollant les tissus jusqu'à la main.

Le cerveau est très congestionné, substance et membranes enveloppantes; le cervelet présente une sorte de ramollissement remarquable par sa généralité qui paraît la suite d'une inflammation d'ensemble et qui n'est point ce ramollissement partiel, caractéristique d'une inflammation locale et spéciale. Les organes de la poitrine : poumons, cœur et gros vaisseaux, n'offrent rien de particulier à signaler.

Les organes du bassin, mis à découvert, présentent cet aspect congestif du péritoine et rosé de la masse intestinale qui atteste une péritonite; en effet, en examinant de

plus près les anses intestinales contenues dans le petit bassin, on constate qu'elles adhèrent les unes aux autres par des concrétions puriformes et qu'elles sont baignées d'un pus jaunâtre, assez liquide, quoique tenant en suspension des amas puriformes. Il y a donc eu une péritonite évidente, c'est-à-dire une inflammation de la membrane séreuse qui, sous le nom de péritoine, recouvre la masse intestinale et, sous le nom de membrane péritoniale ou séreuse, constitue l'enveloppe externe des intestins.

Il importait de faire une étude attentive du rectum jusqu'à l'anus et de constater s'il ne se trouvait pas de trace de violence, autre que la déchirure extérieure signalée plus haut: une dissection minutieuse n'a mis en évidence rien de particulier, si ce n'est que le rectum était épaissi et malade, et qu'il a été évidemment le siège d'une vive inflammation.

La vessie également était épaissie et malade.

De tout ceci il résulte que la jeune P... a succombé à une péritonite et aux suites des lésions signalées plus haut; il est évident qu'à des dates différentes et répétées, car les plaies contuses ne sont pas toutes de la même époque, cette malheureuse enfant a été littéralement rouée de coups; les uns ont été assez violents pour déterminer des épanchements purulents sur divers points de la tête et au bras droit, par exemple. Il est évident, d'autre part, que des violences ont été exercées *contre* la chute du rectum; en admettant qu'on n'ait cherché qu'à la contenir, les efforts pour arriver à ce but ont dû être faits avec une violence et une brutalité inouïes, la déchirure dont j'ai parlé en est la preuve. A-t-on exercé des violences spéciales sur l'anus dans le but de refouler le rectum avec un bâton par exemple, quitte à déterminer des lésions meurtrières? Je ne saurais l'affirmer, car je n'en trouve pas la preuve positive.

J'affirme toutefois que cette malheureuse enfant a été littéralement couverte de coups et de plaies contuses; que ces coups ont pu être assénés soit avec la main, soit avec un corps dur quelconque, un bâton ou un battoir par exemple; que si chacun de ces coups ne suffisait pas pour déterminer la mort, le total de tous ces coups réunis devait infailliblement la produire et l'a assurément produite.

J'affirme en outre que la péritonite a été le complément fatal des causes qui devaient amener la mort, et que si des violences directes sur l'anus n'ont pas précisément causé cette inflammation, au moins des manœuvres maladroites et brutales sur l'anus ont produit une inflammation locale qui, en se propageant, a contribué à la péritonite qui a été la cause de la mort.

Observation X (1er juillet 1858). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à l'hôpital de St-G... pour examiner le corps de J..., âgée de quatre ans et demi, et, « attendu que des soupçons graves font attribuer la cause de la mort aux mauvais traitements que cette enfant aurait éprouvés de la part de J..., son père, et de la fille L.. , sa concubine; qu'on leur attribue également d'avoir privé cette petite fille de nourriture, de l'avoir forcée à rester perpétuellement couchée sur un lit et de lui avoir refusé toute espèce de soins, lorsqu'elle était gravement malade; que, dans de telles circonstances, il est nécessaire de rechercher les causes de la mort de M. J..., j'ai dû, pour toutes ces causes et à cet effet, procéder à l'examen du petit cadavre ».

L'autopsie avait déjà été faite par deux honorables confrères et je m'en suis référé aux résultats obtenus:

A la tête, rien de caractéristique; dans la poitrine, les poumons sont plus ou moins crépitants, flétris, ramassés sur eux-mêmes, portant à leur sommet des concrétions tuberculeuses non développées et surtout non généralement ramollies; l'un des poumons cependant présente une poche qui paraît le résultat d'une fonte purulente de tubercules; les ganglions cervicaux, bronchiques, sont considérablement augmentés de volume et ne font plus qu'une masse essentiellement tuberculeuse; l'estomac a le volume

et la capacité ordinaires d'un enfant de quatre ans et demi; le pancréas fait corps avec l'anse duodénale; il constitue une sorte de tissu nouveau sous lequel disparaît le tissu normal, offrant une agglomération de points granuleux, se déchirant sous le doigt ou, selon l'expression technique en pareil cas, criant sous le scalpel.

Toute la masse épiploïque qui recouvre et tapisse ordinairement les intestins adhère intimement avec le feuillet péritonéal de la paroi abdominale et compose un ensemble irrégulier, de couleur incertaine, parsemé de granulations, de tubercules miliaires; les circonvolutions intestinales se séparent à grand'peine l'une de l'autre et se déchirent presque sous les doigts; il faut, pour éviter de les déchirer, les tirailler doucement et avec précaution; une fois les circonvolutions intestinales écartées, on aperçoit d'énormes ganglions mésentériques qui, extérieurement et à l'intérieur, ont le même aspect et sont de même nature que les ganglions bronchiques mentionnés plus haut.

En examinant, à diverses hauteurs de sa continuité, le tube intestinal, on y trouve les diamètres normaux; il y a cependant un certain degré d'épaississement des parois dû incontestablement à une sorte d'infiltration de matière tuberculeuse; on rencontre dans le gros intestin des débris assez volumineux de produits excrémentitiels; enfin dans le bassin, on constate une certaine accumulation d'un liquide trouble, épais et jaunâtre; à l'aspect du péritoine et de la masse intestinale, on constate une péritonite chronique; la marche de l'affection a dû être lente, quoique irrésistiblement progressive; il y a eu un travail sourd, continu, qui a irrité d'abord et soudé ensuite pour ainsi dire l'un à l'autre chaque point et chaque circonvolution de l'intestin.

On a pu croire, et l'opinion publique même, instinctive et toute spontanée, s'est énergiquement prononcée en ce sens, que l'enfant était morte de faim ou des suites d'une alimentation insuffisante; c'est l'impérieux devoir du présent rapport d'examiner et de discuter cette manière de voir.

Dans l'abstinence complète, chez les enfants surtout, la mort arrive rapidement; or l'enfant a traîné assez longtemps sa chétive existence; sans s'arrêter aux faits qui se produisent généralement, mais qu'on ne peut constater que pendant la vie, et qui, en conséquence, ont échappé à notre contrôle, comme troubles nerveux, amaigrissement soudain, diminution du poids du corps, diarrhée colliquative spéciale à l'abstinence, ralentissement de la respiration, affaiblissement du pouls, desséchement gradué des surfaces purulentes, refroidissement progressif; nous dirons seulement que, par l'abstinence prolongée, l'estomac, se rétractant peu à peu, diminue de volume et de capacité; si, pour sauver des apparences qui peuvent devenir accusatrices plus tard, aux approches de la mort, on donne des aliments à un estomac auquel on aurait criminellement imposé l'abstinence, les aliments ne seront pas toujours conservés par l'estomac, ou, s'ils y demeurent, seront imparfaitement digérés.

A la rapidité près, l'alimentation insuffisante agit comme l'abstinence. Il est difficile toutefois, surtout en médecine légale, de mesurer exactement ce que sera une alimentation insuffisante. Il y a trop de degrés, de nuances, de différences relatives à considérer; l'alimentation peut être insuffisante comme qualité ou quantité, ou bien qualité et quantité à la fois.

Les différentes circonstances de l'autopsie relatées plus haut n'expliquent pas et excluent l'abstinence forcée ou même l'alimentation criminellement insuffisante comme cause de la mort de M. J...

En résumé donc les poumons, les ganglions bronchiques, et surtout les ganglions mésentériques, l'intestin, le péritoine étant remplis, criblés de granulations tuberculeuses ou de tubercules plus développés, j'estime que l'enfant a succombé sous le coup d'une diathèse tuberculeuse qui a surtout entraîné la mort en provoquant une péritonite chronique.

J'estime en outre que la malpropreté révoltante, l'état d'incurie odieusement déplo-

rable dans lequel on laissait croupir cette malheureuse enfant, la nourriture grossière, comme l'attestent les pommes de terre sèches et vieilles trouvées sur son lit, qu'on lui donnait, la négation absolue des mesures d'hygiène dont, plus que personne, elle avait si grand besoin, ont contribué à développer les germes de la maladie qui était en elle, et à hâter singulièrement sa mort.

Observation XI (15 janvier 1873). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à l'amphithéâtre de l'hôpital de St-C..., à l'effet de procéder à l'examen et, si besoin est, à l'autopsie du corps de L..., âgée de dix-huit ans, décédée dans la soirée du 12, et de dire si la mort doit être attribuée à des coups ou à toutes autres violences criminelles.

Le cadavre est celui d'une jeune fille de forte constitution; la décomposition cadavérique s'en est déjà emparée par nombreuses et larges places, le côté gauche de la tête et de la face est particulièrement boursouflé et verdâtre; du sang noirâtre, un peu spumeux, s'écoule, en bavant, des narines. Le dos est le siège d'une décomposition assez avancée déjà pour que l'épiderme soit enlevé et que du sang et de la sérosité roussâtre suintent des nombreuses sugillations qu'on remarque en cette région. L'abdomen et la poitrine présentent de nombreuses plaques de coloration verdâtre, au milieu desquelles apparaissent des îlots de peau conservant sa coloration naturelle. Là où la coloration de la peau est naturelle, quoique l'observation soit faite quarante-cinq heures après la mort, la chaleur animale est remarquablement conservée; ni aux cuisses, ni aux jambes, on ne remarque de décomposition apparente, et l'on y constate une chaleur relative remarquable; il faut noter du reste que la température atmosphérique est assez élevée, eu égard à la date du 14 janvier, et le cadavre, fort enveloppé de linges et de couvertures, est placé dans un très petit amphithéâtre.

Entre les cuisses, un mouchoir ensanglanté est appliqué sur les parties génitales externes. Ne trouvant extérieurement aucune trace d'ecchymose, aucun signe de violence, je procède à l'autopsie.

Les deux poumons sont d'un gris noirâtre dans leur généralité, comme rétractés sur eux-mêmes au fond de la cavité thoracique, se resserrant dans les gouttières vertébrales, le péricarde, sac d'enveloppement du cœur, est distendu, très bombé, résistant; il ne présente aucune infiltration sanguine, ni à sa surface, ni dans l'épaisseur de ses feuillets constitutifs. Le cœur est remarquablement volumineux; ses cavités droites, oreillette et ventricule, sont vides de sang; ses cavités gauches, oreillette et ventricule, sont gorgés de caillots d'un sang noir.

L'estomac est distendu et vide.

Le foie est remarquablement volumineux de haut en bas et de droite à gauche; sa substance est évidemment congestionnée; la rate, au contraire, très volumineuse, est d'un gris très noirâtre, son tissu, très gorgé de sang noir, est friable et se déchire très facilement sous le doigt.

L'utérus est d'un volume ordinaire et ne contient rien de particulier, si ce n'est un peu de sang résultant évidemment de l'évolution menstruelle, car l'ovaire gauche, très injecté, contient quelques foyers apoplectiques d'une signification physiologique évidente; l'ovaire droit est complètement exsangue; la membrane hymen absolument disparue et l'orifice vaginal notablement dilaté indiquent que la virginité n'existait plus.

La fille L..., a succombé aux suites d'une congestion pulmonaire très caractérisée, à laquelle l'absence de toute espèce de signes extérieurs ne permet pas d'assigner une cause précise. La situation particulière où se trouvait cette jeune fille, une prédisposition organique attestée par le développement considérable de certains organes, foie, rate et cœur surtout, peut-être de mauvaises conditions d'habitation, d'aération et de ventilation, peut-être aussi et surtout l'absence de soins convenables et appropriés, constituent un ensemble de circonstances qui ont pu favoriser la congestion pulmonaire,

la développer et déterminer l'asphyxie. Rien n'autorise à croire que la fille L... ait pu succomber à la suite de coups ou de violences extérieures.

Observation XII (24 novembre 1859). — Je, soussigné, etc. L'agent de police W... a été l'objet de violences graves de la part d'une ou de deux personnes; il a été transporté à l'hospice et reconnu atteint d'une plaie contuse de 4 centimètres, à la bosse frontale gauche; cette plaie paraissant peu grave, le blessé n'a pas tardé à se faire transporter à son domicile; mais des symptômes cérébraux se sont manifestés depuis, et W... est aujourd'hui dans une situation qui inspire des inquiétudes; en ces circonstances, M. le procureur impérial pose les questions suivantes :

1° Déterminer, autant que possible, la nature des lésions faites sur W..., leur nombre et la place qu'elles occupent; s'il est possible que W... ait été frappé par un ou deux individus?

2° Dire si la blessure du front peut être le résultat d'une chute sur une borne ou au contraire d'un coup porté et, dans ce cas, avec quel instrument?

3° Quel est en ce moment l'état du blessé, et s'il y a lieu de concevoir des craintes sérieuses pour l'issue de la maladie?

4° Enfin si cet état est la conséquence directe des coups portés à W..., dans la soirée du 31 octobre dernier.

De plus, M. le procureur impérial a cru devoir faire connaître que W..., en 1847, avait fait une chute grave d'un deuxième étage; qu'il aurait eu à ce moment plusieurs côtes fracturées et la mâchoire désarticulée, toutes lésions qui l'auraient retenu quatre semaines dans son lit.

A son entrée à l'hôpital, on avait établi qu'outre quelques ecchymoses et traces de contusions, W... portait, à deux travers de doigt environ au-dessus de la bosse frontale gauche, une plaie linéaire horizontale de 4 centimètres de longueur environ.

En ces circonstances, visitant W... chez lui, je le trouve dans son lit, portant pour toute trace de violences antérieurement subies la plaie mentionnée plus haut, plaie qui, bien qu'entièrement cicatrisée, présentant même sur quelques points de ses lèvres en contact des traces purulentes, semble promettre cependant assez prochainement une cicatrisation complète; le blessé accuse un peu d'hébétude, de lourdeur de tête et, suivant son expression, des lancements vers le front. Il se sent fatigué et sans énergie; son pouls est intermittent, assez lent, ce qui est un des caractères des ébranlements cérébraux, à cinquante-quatre pulsations environ, et, d'après la constatation du médecin qui lui donne des soins, il était descendu la veille à cinquante. Toutefois la langue se tire convenablement, les réponses sont nettes et précises.

Au moment de mon examen, il existe une plaie contuse de 4 centimètres environ de largeur qui, les lèvres étant agglutinées et en contact, est par cela même en voie de cicatrisation.

En résumé, j'estime que les contusions susmentionnées ont pu être déterminées par un seul individu; à mon avis, la blessure faite au front du sieur W... n'est pas le résultat d'une chute sur une borne; pour cela, elle est située trop haut sur le front, et remonte trop vers le sommet de la tête; cette plaie a dû résulter d'un coup porté, et il est difficile d'établir quel en a été l'instrument; la plaie n'a jamais intéressé que les tissus extérieurs, laissant l'os du front intact; elle n'a jamais eu le caractère précis d'une plaie faite par un instrument tranchant; ses lèvres, comme la marche de la cicatrisation l'atteste aujourd'hui, ayant toujours été celles d'une plaie contuse. Une pierre, un couteau fermé, un corps étranger quelconque peuvent l'avoir produite, sans qu'il soit possible de préciser rigoureusement la nature de l'instrument.

L'état du blessé semble actuellement favorable, et tout fait espérer que W... guérira.

mais dans les plaies de tête cependant on ne saurait se hâter de porter un heureux pronostic; tel qui paraissait tout d'abord devoir bien se remettre voit souvent, sans qu'il y ait eu imprudence ou faute de sa part, des symptômes graves surgir tout d'un coup; or donc, tout en constatant que son état est relativement favorable et plein d'espérance, nul ne saurait affirmer que sa situation ne compte pour l'avenir aucun danger.

Enfin, tout en tenant compte de la prédisposition aux accidents actuels qui résultent pour W... des accidents de 1847, tout en notant comme pouvant avoir une certaine influence sur la prolongation et l'aggravation du mal, la chute qu'il a faite antérieurement, j'estime que, suivant toute probabilité, l'état actuel de maladie a trouvé son origine et sa cause dans les événements de la nuit du 31 octobre dernier.

Observation XIII (7 septembre 1857). — Je, soussigné, etc., ai procédé à l'examen du nommé L..., à l'effet d'examiner ses blessures, d'en déterminer la nature et les causes, de vérifier principalement si elles ont pu être faites par des tiers ou si le plaignant en est l'auteur.

L... rapporte que, dans la nuit du 31 août au 1er septembre, de neuf à dix heures du soir, sur la route de Versailles à Saint-Cyr, il a été assailli par deux individus qui se sont rués sur lui, l'ont terrassé, lui ont porté des coups et fait des blessures avec un instrument tranchant qu'il n'a pas vu et ne pourrait désigner; qu'il a alors perdu beaucoup de sang, est resté longtemps sans connaissance sur la route, et que lorsqu'au matin on l'a trouvé, secouru et recueilli, il a pu constater qu'on lui avait enlevé une somme de 50 francs dont il était porteur.

Le 1er septembre, il est amené à l'hospice et l'on remarque tout d'abord, au côté gauche du cou, une large plaie béante située obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; en examinant de près cette plaie longue de 5 à 6 centimètres et qui semble large par l'écart résultant de la situation respective des deux lèvres, on s'aperçoit qu'elle n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire et n'entame même pas les plans musculaires sous-jacents. On remarque en outre qu'il n'y a pas une seule et même plaie, mais un certain nombre de petites hachures parallèles, quelques-unes effleurant pour ainsi dire l'épiderme et n'allant pas plus loin; quelques autres au contraire pénétrant seulement dans toute l'épaisseur du derme; le bord inférieur de la large plaie présente également de petites hachures, de petits lambeaux résultant de plaies faites à petits coups répétés par une main indécise et mal assurée. Il est hors de doute que ces blessures n'ont pas été faites par une main étrangère; il eût été impossible à un agresseur de ne faire que *coupasser* la peau, si on me permet cette triviale expression. Il est évident, au contraire, que ces plaies ont été faites par la main droite de L..., et, dans cette hypothèse qui est bien certainement la réalité, la direction des plaies oblique de haut en bas et d'arrière en avant, leur grand nombre et surtout, à l'exception de celle qui intéresse toute l'épaisseur de la peau, leur peu de profondeur, s'expliquent à merveille.

Ces plaies ne présentent pas de gravité réelle et il est très probable qu'à moins de complications que rien en ce moment n'autorise à prévoir, L... ne tardera pas à être entièrement guéri.

Observation XIV (5 octobre 1854). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à M..., à l'effet de visiter le femme V... et 1° de reconnaître et constater la nature de la blessure qu'elle a reçue; 2° de préciser, autant que faire se peut, l'état actuel de la blessée; d'indiquer les conséquences présentes et futures de la blessure, enfin de dire si l'état de la femme blessée ou les conditions de la blessure ont ou n'ont pas été aggravés par des soins inintelligents et en dehors des règles de l'art.

Le 26 août 1853, la femme V..., tenant un de ses enfants à la mamelle et ayant près d'elle deux autres enfants plus âgés, se trouvait dans l'angle d'une rue de M...

assise à la porte d'une de ses voisines, quand une lourde voiture, pesamment chargée de moellons, tourna brusquement le coin de la rue; la roue de cette charrette aurait été arrêtée par le pied de la femme V... et serait restée sur le pied même dix minutes environ, avant d'être dégagée, telle est au moins la version de la plaignante.

Suivant la version adverse, la roue de la voiture aurait atteint et violemment brisé une boîte de savon en bois, et les éclats de cette boîte, frappant par contre-coup la jambe de la femme V..., auraient produit tout le dommage.

Quant à l'historique de la question, sur lequel il convient peut-être de conclure tout d'abord, je pense que, pour arriver à quelque chose d'exact, il faut prendre dans chacune des deux versions opposées. La roue n'a pas pu reposer dix minutes, plus ou moins, sur le dos du pied de la femme V..., parce que le pied eût été littéralement broyé. Il est possible toutefois que le pied ait été rudement froissé par le contact de la roue. il est probable qu'il a dû, comme cela a été dit d'ailleurs, *caler* la roue; il est très probable enfin que les fragments de la boîte à savon ont violemment frappé le bas de la jambe et le pied; l'accident a été si rapide, la douleur si violente, que l'on comprend parfaitement que la femme V... n'ait pu, au moment même de l'accident, s'en rendre un compte exact.

Quatorze jours après le malheur qui lui était arrivé, la femme V... ne se trouvant pas satisfaite du simple traitement, si rationnel pourtant, repos et eau froide, auquel on l'avait soumise dès le début, se fit transporter à Ch... chez une rebouteuse en renom qui lui pétrit la jambe et le pied en tout sens et frictionna le tout avec une pommade dont elle a le merveilleux secret : ni le massage, ni la pommade n'amenèrent de résultat.

Le 2 septembre 1854, j'ai trouvé la femme V... debout, quoique ne pouvant marcher sans l'aide d'une béquille et d'une canne; sa jambe gauche est protégée et soutenue par une armature mi-partie cuir et fer, laquelle a pour but, par un agencement tout particulier, d'aider les mouvements de l'articulation de la jambe et du pied, en relevant le pied tout entier.

Après avoir fait enlever l'appareil, j'ai constaté que la jambe gauche présentait, à deux ou trois travers de doigt environ au-dessus des chevilles, un gonflement et une sorte d'empâtement assez notables. Le pourtour des chevilles est un peu gonflé et toute la voûte du pied paraît augmentée d'épaisseur et notablement raidie; à la plante du pied, à la partie qui répond au milieu environ de la voûte du pied, il existe un point dont la pression, tant légère soit-elle, fait accuser par la femme V... une vive douleur.

Avec l'appareil, la femme V... dit pouvoir marcher un peu, bien que difficilement; sans l'appareil, elle prétend ne pouvoir faire aucun mouvement; cependant, après l'avoir observée avec soin, sans incriminer en rien sa bonne foi, en l'accusant tout au plus d'un peu de maladresse ou de défiance exagérée de ses forces, je crois pouvoir conclure que, dans une limite actuellement bien restreinte, quelques mouvements doivent lui être possibles.

Après l'examen du 2 septembre 1854, livré aux seuls renseignements fournis par la femme V..., je pense qu'il a pu se produire à la région sus-malléolaire une de ces fractures de l'extrémité inférieure du péroné qui ne donnent lieu à aucune mobilité apparente des fragments, qui ne laissent entendre aucune crépitation et ne sont susceptibles d'aucune réduction. Je pense en outre qu'il peut bien y avoir eu une sorte d'attrition, d'écrasement de la surface supérieure des os du cou-de-pied; une rupture incomplète peut-être des ligaments multiples de tout le système d'articulation du cou-de-pied, et par suite impossibilité momentanée et plus ou moins grande difficulté pour l'avenir dans le jeu de ces articulations.

Quant au traitement de la rebouteuse, je le tiens pour absolument stupide, mais je ne saurais croire cependant que, dans l'état décrit par la femme V..., il ait pu devenir

grandement préjudiciable, autrement qu'en l'empêchant de recevoir des soins intelligents, si nécessaires en pareille circonstance.

Il ne faut pas oublier que c'est un an seulement après l'accident que j'ai reçu mission de visiter la femme V...

M. le Dr Gent a bien voulu, dans une lettre longuement détaillée, me fournir tous les renseignements à sa disposition, et l'opinion de cet honorable confrère est corroborée de toute l'autorité de M. le Dr Robert, chirurgien éminent de l'hôpital Beaujon; tous deux, à la date de l'événement, n'ont pu préciser exactement la nature du mal; ils ont constaté une certaine gravité dans les symptômes, mais ils n'ont pu cependant déterminer l'existence d'aucune lésion matérielle, soit luxation, soit fracture.

En résumé, m'éclairant de tous les renseignements que j'ai pu recueillir, je pense:

1° Que la femme V... a dû être, d'une manière directe ou indirecte, incontestablement atteinte par la charrette en question; que son pied a pu caler la roue de la charrette, mais que celle-ci n'a pu rester dix minutes, plus ou moins, sur le cou-de-pied; que du choc imprimé par la charrette a dû résulter pour la femme V... une blessure grave de l'extrémité inférieure de la jambe et de la surface supérieure du cou-de-pied; qu'à mon sens cette blessure a pu être, pour la jambe, une fracture de l'extrémité inférieure du péroné et pour le pied une sorte d'écrasement incomplet et partiel de toute la voûte du cou-de-pied, avec rupture des ligaments des articulations multiples qui la constituent;

2° Que l'état actuel consiste en une sorte de gonflement de l'extrémité inférieure de la jambe gauche et un notable épaississement de la voûte du cou-de-pied avec douleur en plusieurs points, gonflement probable du périoste et altération des attaches ligamenteuses;

3° Qu'en ce moment la femme V... ne peut marcher que difficilement, mais qu'en s'exerçant avec intelligence à des mouvements convenablement dirigés et ménagés, elle doit retrouver dans l'avenir, sinon une marche libre et facile, au moins plus de liberté et de puissance de mouvements qu'elle ne semble en espérer actuellement;

4° Enfin que, bien que la femme V... aurait certes beaucoup mieux fait de s'abandonner complètement aux soins éclairés des hommes de l'art, les circonstances étaient telles cependant, que les manœuvres inintelligentes d'une rebouteuse forcément ignorante n'ont pu produire tout le mal qu'en d'autres cas on serait évidemment en droit d'en attendre.

Observation XV (15 mars 1873). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à P..., à l'effet de visiter la femme et les filles G... et de dire si leur état actuel de santé était la conséquence ou le résultat d'un accident arrivé le 25 juillet 1872, à huit heures du soir.

A ce jour en effet et à cette heure, à T..., au coin de la rue de Paris et de la rue des Trois-Maillets, la dame G... mère, qui a eu quarante-cinq ans en octobre dernier, sa fille aînée âgée de vingt ans, se trouvaient sur un trottoir, quand une voiture attelée de deux chevaux, tournant la rue trop court, monta sur le trottoir et par l'un de ses brancards atteignit la femme G... à la hanche droite, sa fille aînée au creux de l'estomac, sans toucher la fille cadette, mais lui occasionnant une vive frayeur.

La mère ayant reçu une violente contusion à la hanche droite y a éprouvé une vive douleur qui a nécessité l'application immédiate de huit sangsues; ses époques menstruelles ont été fort troublées, suspendues même pour quelque temps et, suivant son dire, le trouble actuel de sa santé datérait de cet accident.

La fille aînée, âgée de vingt ans, est forte pour son âge et d'une santé généralement

robuste; elle a été atteinte d'un coup de timon dans la région de l'estomac et elle a dû, pendant un certain temps, recevoir des soins appropriés à son état.

La jeune sœur cadette, âgée de onze ans, n'a pas été directement touchée, mais elle a éprouvé une frayeur telle qu'elle a dû prendre le lit et, depuis ce temps, n'a cessé d'être malade; aujourd'hui des certificats de médecins établissent et attestent qu'elle est gravement atteinte d'une affection tuberculeuse des poumons et concluent qu'on peut attribuer à l'accident du 25 juillet l'évolution et le développement des tubercules pulmonaires qui menacent la vie de cette enfant.

A ma visite du 22 février, examinant la femme G... en présence des honorables confrères qui soignent ou ont donné ces certificats, je constate que la femme G... accuse encore dans la région de la hanche droite une douleur qu'elle rapporte à l'accident; elle ressent depuis ce temps-là, dit-elle, des douleurs vagues et indéterminées dans toute la région abdominale, et elle est sujette à de graves irrégularités menstruelles.

Pressée de questions, elle reconnaît qu'antérieurement à l'accident, elle éprouvait déjà des douleurs analogues, mais que ces douleurs étaient moindres, assertion qu'il n'est nullement en mon pouvoir de contrôler.

Elle est au moins dans sa quarante-cinquième année, si elle n'a pas quarante-cinq ans passés, et il est très possible qu'il y ait déjà, en dehors de tout accident, chez la femme G..., de par son âge, une notable tendance à l'âge critique, si caractéristique dans la santé des femmes; on ne saurait nier toutefois que l'accident de juillet dernier ait pu exercer sur sa santé générale une préjudiciable influence.

La fille aînée G... a certainement, au moment de l'accident, éprouvé les phénomènes qu'elle accuse; elle a souffert pendant un temps plus ou moins long et qu'il ne saurait m'être donné de préciser; mais, à la date de ma visite, cette jeune fille, vigoureuse, bien portante, bien qu'accusant encore une sorte de douleur à la pression que j'exerce au creux de l'estomac où elle a reçu le coup de timon, me paraît, de par l'énergie de sa constitution et la force de sa jeunesse, tout à fait relevée des conséquences de l'accident qu'elle a subi.

La jeune G..., âgée de onze ans, est malade, dans son lit; à première vue, en examinant cette enfant, avant même de l'avoir auscultée, on pressent qu'elle est en proie à une très grave affection tuberculeuse des poumons; en l'auscultant, on constate en effet qu'elle offre tous les symptômes d'une phtisie pulmonaire à la période aiguë; cette enfant n'est-elle atteinte de cette affection que depuis l'accident du 25 juillet, c'est là d'abord ce qu'on doit se demander.

Il m'est en toute conscience impossible d'accepter cette hypothèse; certainement la frayeur qu'a pu et dû éprouver cette pauvre enfant lui a été très préjudiciable, mais elle n'a pu cependant créer des tubercules pulmonaires; ces germes de tubercules préexistaient bien certainement, et quoique je sois disposé à reconnaître que les conditions où l'accident du 25 juillet dernier l'a placée ont été des plus funestes pour la santé générale, à son âge surtout, je ne saurais admettre que l'accident ait produit l'éclosion et le développement des tubercules pulmonaires, et je crois, au contraire, que leur époque d'évolution était arrivée et se serait produite quand même et en tout état de cause; en admettant donc qu'il y ait eu là peut-être une sorte de cause prédisposante au développement de l'affection actuelle, je ne saurais considérer l'accident comme une cause exclusivement et fatalement génératrice de l'affection actuelle.

En résumé, je crois que l'accident du 25 juillet 1872 a été nécessairement nuisible et préjudiciable à la santé de Mme G... et de ses deux filles, pour un temps donné et dont je n'ai pas actuellement les moyens de préciser la mesure; mais j'estime qu'à l'époque actuelle, l'état de santé de Mme G... mère est indépendant de l'accident subi: que la fille aînée G... n'éprouve plus rien qui ait trait à ce même accident; que la fille cadette G..., bien qu'aux prises avec une affection qui doit l'emporter dans un temps

assez rapproché, n'a pas reçu cette affection et les phénomènes qui la caractérisent de la secousse morale résultant des mêmes circonstances.

Encore une fois il est impossible de nier que ce regrettable événement n'ait pu, pour un temps plus ou moins long, bouleverser ces santés féminines, mais alors qu'il n'y a eu ni fractures subies, ni lésions graves autres que des contusions et une grande perturbation nerveuse, j'estime que l'accident du 25 juillet 1872, tel dans ses phénomènes que j'ai été à même de l'apprécier par les renseignements recueillis, doit avoir, à la date du 22 février 1873, épuisé toutes ses conséquences.

Observation XVI (22 décembre 1873). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à M..., auprès de G. L..., à l'effet de constater l'état de santé de cet enfant, de dire s'il peut sans inconvénient paraître le 22 décembre prochain à l'audience du tribunal civil de Versailles, de rechercher, en m'entourant de tous les renseignements possibles, quelles sont la nature, les causes et la gravité de la maladie, etc.

G. L... est un enfant de neuf ans et demi; il est le fils de M. L..., marchand boucher, tous deux, suivant ce qu'on m'a dit en ce qui touche M. L..., alors absent pour ses affaires, et ce que j'ai vu en ce qui touche Mme L..., présente chez elle, tous deux de haute stature et de constitution vigoureuse en apparence. Les époux L... ont eu huit enfants, il leur en reste cinq; l'aînée a quatorze ans et le dernier a trois ans et demi. G. L..., dont il est aujourd'hui question, est dans son lit; c'est un bel enfant, de forte apparence, mais de constitution éminemment lymphatique, c'est-à-dire d'une constitution dans laquelle le système lymphatique semble prédominer.

Il est dans son lit, sans bandage ni appareil; il n'accuse aucune douleur quand il reste en repos, mais comme tout enfant de son âge, il est disposé à s'effrayer au moindre mouvement qu'on cherche à imprimer à une partie quelconque de son corps. Mis en situation convenable, il ne présente ni allongement ni raccourcissement caractéristique des membres inférieurs; si l'on fait jouer les unes sur les autres les articulations des membres inférieurs, on constate qu'elles ont conservé toute leur liberté et leur souplesse; il est juste d'ajouter cependant que, lorsqu'on cherche à exercer les mouvements du membre inférieur droit, l'enfant semble manifester une certaine appréhension.

En examinant comparativement les deux articulations coxo-fémorales, c'est-à-dire les articulations de l'os de la cuisse avec le bassin, on constate à l'articulation coxo-fémorale droite une sorte de gonflement général, d'empâtement relatif, pour ainsi dire, non seulement de l'articulation, mais des tissus qui l'avoisinent.

On me dit que depuis le 5 août 1873 cet enfant est en traitement pour une coxalgie du côté droit; les honorables confrères qui lui donnent leurs soins ont bien voulu me renseigner à cet égard; voici de plus les renseignements obtenus sur les faits qui ont donné lieu au procès : le 5 août 1873, G. L..., avec une bande de jeunes enfants, ses amis, jouait dans un des coins de la place du marché de M... M. B..., troublé par le bruit que faisaient les enfants, a voulu les faire taire, et s'est adressé tout particulièrement au jeune L...; cet enfant a plus ou moins résisté aux injonctions destinées à le faire taire, et M. B..., impatienté, lui aurait donné d'abord une légère tape derrière la tête, puis, perdant tout à fait patience, lui aurait donné quelques coups de pied sur le corps.

La mère de l'enfant reconnaît toutefois qu'elle a entendu dire que M. B... était chaussé de chaussons-pantoufles et non de souliers ou de bottes à épaisses semelles. L'enfant n'a pas été jeté à terre par les coups qu'il a reçus, mais il était couché à terre quand M. B... l'a frappé avec son pied.

Tout le monde, Mme L... également, déclare que l'enfant a pu se relever et, plus ou moins péniblement, dit-on, franchir la courte distance qui le séparait de la demeure

de ses parents. Il est arrivé chez lui très ému, souffrant beaucoup, dit-on, et toujours prêt à chaque instant à se trouver mal. Le médecin de la famille constata qu'au-dessous des fausses côtes, dans la région du foie, c'est-à-dire en avant et au-dessus de l'articulation coxo-fémorale, l'enfant souffrait beaucoup; il n'y avait toutefois pas d'épanchement de sang, pas d'ecchymose, pas de trace de contusion; c'était *là* qu'il disait avoir reçu des coups, et c'est encore la même place qu'il montre aujourd'hui. La douleur était violente; on dut appliquer quelques sangsues.

Les parents, s'effrayant des conséquences possibles, prièrent leur médecin de s'adjoindre un confrère; les deux honorables médecins examinèrent l'enfant avec soin, ne trouvèrent rien de particulier comme fracture, luxation ou inflammation spéciale, qui expliquât la persistance de la douleur et furent d'avis d'appliquer un vésicatoire volant là où avaient été appliquées les sangsues.

L'enfant n'allait pas mieux et fut, le 18 août, conduit à Limours, à la femme D..., qui cumule les métiers de marchande de vin et de rebouteuse; suivant Mme L..., la femme D... aurait refusé de manipuler en quoi que ce soit l'articulation malade du jeune L..., aurait seulement conseillé d'envelopper l'articulation d'une serviette et de conduire l'enfant à la consultation d'un chirurgien de Paris.

Le 31 août, un des chirurgiens appelés près de l'enfant avait constaté à la jambe droite de l'enfant un raccourcissement de un ou de 2 centimètres; ce raccourcissement était-il réel ou seulement apparent, et l'apparence, si elle existait, était-elle due à une rétraction des muscles ou à une position donnée d'adduction de la jambe? C'est ce qui n'a pas pu être complètement élucidé et ne saurait, d'ailleurs, dans l'espèce, présenter d'importance.

Le 8 septembre 1873, l'enfant a été conduit à M. le Dr Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis et l'un des plus distingués chirurgiens de l'époque. M. le Dr Péan a constaté que le jeune G. L... avait une coxalgie du côté droit, peut-être spontanée ou traumatique, s'il était avéré que l'enfant avait reçu des coups dans cette région, et il a conseillé un traitement à la fois médical : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, toniques, etc., et un traitement chirurgical constitué par l'immobilisation complète du membre. Il a même indiqué les gouttières spéciales qui devaient servir à immobiliser le membre et les différents intervalles de temps pendant lesquels il conviendrait de l'immobiliser; ces conseils, habilement donnés, ont été exactement suivis, et aujourd'hui G. L... est sinon complètement guéri, au moins en voie de guérison.

C'est un enfant de neuf ans et demi; le repos au lit ou à la chambre ne saurait lui être préjudiciable au point de vue de ses occupations, et lui sera très certainement utile au point de vue d'une affection comme la coxalgie, qui, bien que guérie actuellement, suivant toute probabilité, pourrait néanmoins récidiver; aussi est-ce un devoir pour moi de déclarer que, bien qu'en très bonne situation, il y aurait cependant inconvénient pour lui à être transporté de M... à Versailles.

Quelle est maintenant la question médico-légale du procès? Est-ce savoir si G. L... a eu une coxalgie commençante, c'est-à-dire un commencement de tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale droite? Non; il semble démontré, moins par ce qui en reste aujourd'hui que par les soins habiles que le Dr Péan et les médecins de la famille ont donnés, que cet enfant a vraiment eu une coxalgie du côté droit. La vraie question est celle-ci : Sont-ce les violences auxquelles M. B... s'est livré sur l'enfant qui ont été la cause de la coxalgie? Et d'abord, des violences exercées sur une articulation de la hanche peuvent-elles déterminer une coxalgie, c'est-à-dire une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale? A cette question, posée d'une façon générale, il faut répondre en thèse générale : Oui, des violences exercées sur une articulation coxo-fémorale : coups, chocs ou chutes, peuvent déterminer une coxalgie, sinon toujours, au moins dans un certain nombre de cas où l'articulation, par suite de nombreuses causes plus

ou moins prédisposantes, sera plus ou moins préparée à subir l'inflammation spéciale qui caractérise la coxalgie.

Mais, dans ce cas particulier, M. B... dit avoir poussé seulement et n'avoir pas frappé violemment l'enfant. Qu'il l'ait ou non frappé le 5 août, ce que je ne saurais contrôler le 22 décembre, toujours est-il que tout le monde reconnaît qu'il avait de simples chaussons aux pieds et non des souliers; le médecin appelé au moment de l'accident n'a constaté ni ecchymose ni trace de contusion, et d'ailleurs, à la date du 5 août, c'est au-dessous des fausses côtes et en avant du ventre que souffre l'enfant, et le 22 décembre, date de ma visite, c'est encore la même place qu'il indique comme ayant été frappée; mais pour que des violences puissent déterminer une coxalgie, ce serait tout au moins à la hanche qu'elles devraient s'adresser; peut-être, à la partie inférieure de la poitrine et au ventre, déterminent-elles par exception, je parle du cas particulier, une pleurite ou une péritonite, mais jamais une coxalgie.

L'enfant est fort et né de parents vigoureux, mais il est de constitution lymphatique, cause prédisposante de la coxalgie; il a été conduit le 18 août à la rebouteuse, qui, dit-on, n'y a pas touché. Je veux le croire; mais si elle y avait touché, ce qui ne serait pas, à tout prendre, impossible, ce ne serait pas, quoi qu'en pensent la sottise et la crédulité publiques, sans détriment pour l'enfant. L'enfant est lymphatique et peut avoir une coxalgie spontanée ; de son lymphatisme je prends pour témoignage l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer conseillé par le Dr Péan.

J'estime donc, en résumé, que, si G. L... a eu une coxalgie, aujourd'hui presque entièrement guérie, cet enfant ayant reçu au côté droit, dans la région du foie et du bas-ventre, et non à l'articulation coxo-fémorale, des coups de pied étant chaussé d'un simple chausson ou pantoufle, on ne saurait attribuer la coxalgie dont il souffre depuis le 5 août aux coups qu'il a reçus dans cette même journée.

Observation XVII (22 février 1861). — Un jeune enfant de quatre ans est décédé à R... le 11 février, à deux heures de relevée. Depuis le 6, un médecin lui donnait des soins et avait cru reconnaître une entérite dans la maladie dont l'enfant était atteint. Le 11, vers une heure du matin, la famille appela un autre médecin qui déclara immédiatement que l'enfant souffrait depuis plusieurs jours d'une angine diphthéritique, un croup, et il prescrivit une série d'ordonnances ci-jointes; suivant les prescriptions, les médicaments furent administrés à l'enfant jusque dans le courant de la matinée, quelques heures avant sa mort (de minuit à sept heures du matin).

Le premier médecin affirme, d'une part, que son confrère s'est trompé sur le diagnostic de la maladie et, de l'autre, que l'enfant a été empoisonné par la quantité considérable d'émétique ordonné, absorbée par l'enfant en quelques heures, alors que, dans le courant de la journée du 10, le même médicament avait été prescrit par lui à la dose de *1 décigramme*.

Je, soussigné, etc., ai procédé à l'étude des ordonnances du second médecin, à l'effet de dire : «si les prescriptions de ces ordonnances sont régulières et normales, ou au contraire si elles sont exagérées et, dans ce cas, si cette exagération dénote de la part du médecin une imprudence ou une maladresse, et si enfin cette exagération a pu avoir pour conséquence un empoisonnement et la mort.»

Les ordonnances sont les suivantes :

N° 1. *11 février.* — N° 9930. Sirop d'ipéca, 60 grammes.

Tartre stibié, 15 centigrammes.

Mêlez exactement. A prendre par cuillerée à bouche jusqu'à effet vomitif.

N° 2. *11 février.* — Le sirop précédent répété.

N° 3. *11 février.* — Je prie le pharmacien de répéter les 60 grammes de sirop d'ipéca avec addition de 20 centigrammes de tartre stibié.

N° 4. *11 février.* — Le sirop vomitif répété.

M. le procureur impérial demande si les prescriptions de ces ordonnances sont régulières et normales, ou, au contraire, exagérées, et, dans ce cas, si cette exagération dénote de la part du médecin une imprudence ou une maladresse.

Pour répondre rigoureusement à ces questions, il faudrait d'abord apprécier si l'indication thérapeutique a été bien saisie et l'application d'un médicament à haute dose opportune; il faudrait d'abord décider en quelque sorte entre les deux diagnostics de l'entérite et de l'angine diphthéritique, quoiqu'on puisse à priori s'étonner d'avoir à choisir entre ces deux états morbides si profondément disparates. Telle prescription en effet emprunte aux circonstances où se trouve placé le médecin toute sa composition, et, dans un cas sérieux, le praticien se trouve naturellement poussé à faire appel à ses plus énergiques ressources; toutefois, en la cause, les éléments d'appréciation faisant complètement défaut, une décision sur ce point ne saurait m'appartenir.

La question reste donc tout entière, en ce qui me concerne, dans la nocuité ou dans l'innocuité de la quantité de tartre stibié, en admettant que les doses prescrites aient été totalement ingérées. Dans la journée, l'enfant, âgé de quatre ans seulement, a pris 10 centigrammes de tartre stibié; à partir de minuit, par la prescription n° 1, il en prend 15 centigrammes; par la prescription n° 2, répétant celle n° 1, il prend 15 autres centigrammes; par la prescription n° 3, 20 nouveaux centigrammes, plus 20 derniers centigrammes par la prescription n° 4, répétition de la prescription n° 3. En tout donc 80 centigrammes, dont 10 dans la journée du 11 février et 70 de minuit à sept heures du matin, heure de la mort.

80 centigrammes de tartre stibié ont-ils donc pu causer la mort de cet enfant?

Le tartre stibié (tartrate antimonié de potasse), pris en solution, a pour premier effet de provoquer des vomissements et de la diarrhée, mais après un temps plus ou moins long, temps qui varie suivant l'âge, l'état de santé et l'aptitude au médicament, la tolérance peut s'établir, c'est-à-dire que le médicament est absorbé sans déterminer des accidents locaux appréciables; elle s'établit même souvent assez vite pour que, chez les petits malades que l'on a quelquefois un pressant intérêt à faire vomir, on soit obligé de recourir bientôt à un autre vomitif que l'émétique; sur cette même tolérance, qui permet d'accumuler dans l'économie une quantité considérable de tartre stibié, on a, dans certaines affections inflammatoires, fondé une méthode particulière de traitement. De plus, dans ces derniers temps, où l'angine diphthéritique a si cruellement sévi, on a préconisé l'emploi de l'émétique à haute dose; on a, suivant l'âge, donné 30 à 50 centigrammes et même davantage. Il reste cependant acquis à la pratique que, chez les jeunes enfants surtout, l'emploi répété du tartre stibié a besoin d'être scrupuleusement surveillé.

Ce médicament a sur la circulation une action sédative puissante, et l'opportunité de la continuation de son emploi peut varier suivant que l'enfant a des vomissements ou des garde-robes; si l'enfant a des vomissements, comme, indépendamment de l'action généralement contro-stimulant du médicament, c'est surtout, dans le cas de croup invoqué, l'action mécaniquement expulsive qui importe, on comprend qu'on puisse persévérer plus longtemps dans l'emploi du moyen; si au contraire les vomissements font défaut et sont remplacés par des garde-robes abondantes, la continuation du moyen présente plus d'inconvénients que d'avantages.

Dans le cas particulier, l'enfant, quelle qu'ait été sa maladie, était sérieusement malade, puisque c'est dans la nuit du 11 au 12 février, vers minuit, que le médecin nouvellement appelé a cru devoir instituer son énergique médication par le tartre sti-

bié. En l'absence de renseignements sur les symptômes éprouvés par le petit malade pendant cette médication, symptômes tels que : abondance ou rareté des vomissements ou des évacuations alvines, état du pouls, aspect du visage, chaleur de la peau et des extrémités, etc., je ne puis établir une opinion rigoureusement motivée. Toutefois, malgré les considérations esquissées plus haut sur la tolérance du tartre stibié, malgré ma conviction qu'il faut laisser au médecin, en face d'une circonstance donnée qu'il peut apprécier mieux que personne, une certaine latitude de prescription thérapeutique, je considère comme très considérable, excessive même, la dose de 80 centigrammes de tartre stibié donnée en vingt-quatre heures à peine, et surtout celle de 70 centigrammes administrée en sept heures à un enfant de quatre ans.

Quoique trouvant cette dose exagérée et y répugnant de toutes mes habitudes thérapeutiques, en l'absence de renseignements précis, catégoriques, je ne saurais déclarer que c'est à la dose de tartre stibié, prise depuis minuit jusqu'à sept heures du matin, que l'enfant a dû de succomber.

Observation XVIII (janvier 1853). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à P..., à l'effet de procéder à l'autopsie du sieur L..., trouvé presque mort dans sa voiture, près du bois de Sainte-Appoline, et ayant bientôt succombé à l'auberge où il a été transporté, et d'émettre un avis sur les causes de la mort et la manière dont les blessures ont pu être faites.

Le cadavre est celui d'un homme grand et fortement musclé; la portion des vêtements en rapport avec la partie supérieure de la poitrine est plus ou moins tachée de sang ; il n'y a sur le corps même aucune trace de violence, mais dans sa moitié droite, le visage, couvert d'un sang noir et épais, paraît horriblement fracassé; sur le cuir chevelu, à la région latérale droite, près de l'œil et sur le sommet de la tête, on remarque de nombreuses plaies contuses faites dans des directions multiples et divergentes. Les lèvres de ces plaies sont irrégulièrement taillées ; quelques-unes même sont encore réunies l'une à l'autre par des espèces de ponts cutanés. Elles sont comme mâchées en un mot et offrent le type des plaies faites avec violence par un instrument large et contondant, mis énergiquement en œuvre. Ces plaies sont trop nombreuses, elles ont trop d'étendue pour qu'une description rigoureusement et mathématiquement topographique puisse être nécessaire ou utile; telles qu'elles sont, elles prouvent surabondamment que l'instrument vulnérant qui les a faites est à large surface, et a dû retomber avec force et plusieurs fois sur la tête.

Le cuir chevelu, incisé suffisamment pour mettre la boîte du crâne à nu, laisse voir d'abord un épanchement de sang formant un caillot considérable intermédiaire entre la peau et les os du crâne; toute la région osseuse de ce côté est enfoncée, brisée; quelques fragments sont enclavés dans la substance cérébrale, qui a été en partie projetée au dehors, ainsi que l'attestent quelques portions retrouvées sur les vêtements; toute la partie droite du coronal (l'os du front) est brisée jusqu'à l'union de l'os avec le pariétal droit; les fragments affectent les formes triangulaire, pentagonale, hexagonale; le pariétal droit est brisé, enfoncé; le temporal du même côté détruit dans sa portion écailleuse; l'orbite droit est fracturé en plusieurs endroits.

Il est évident qu'une même cause ayant produit les plaies du cuir chevelu a déterminé les fractures du crâne; ce doit être un instrument à large surface, volumineux, lourd et mu avec une grande force.

Une pierre de grès m'a été présentée comme ayant été trouvée non loin du théâtre du crime; elle est étreinte par un nœud habilement fait, pratiqué à l'aide d'une corde résistante et solide; cette pierre paraît tachée de sang sur l'une de ses faces. Je ne saurais affirmer rigoureusement que cette pierre soit positivement l'instrument du crime;

mais s'il n'en est pas ainsi, l'instrument du crime assurément doit présenter avec cette pierre, pour les surfaces, le volume et la résistance, une grande analogie.

Le sieur L... était, dit-on, seul dans sa voiture; on ne saurait donc préciser exactement comment, au moment de sa mort, il y était placé. Cependant, suivant les habitudes des coquetiers, il était probablement couché en travers, perpendiculairement à l'axe prolongé du cheval; il y avait à la voiture un seul marchepied attenant au brancard gauche.

Si l'on suppose que M. L... était transversalement placé, appuyé d'une manière quelconque sur le clayon de devant la voiture, la tête reposant sur le bord de la paroi, et que l'on admette que le meurtrier se soit servi du marchepied, ce qui est presque certain, il a dû, pour assurer son équilibre, appuyant sa main droite sur le clayon, frapper la victime de la main gauche; or, la victime étant de force à soutenir une lutte et surtout une lutte désespérée, il a dû chercher à assurer ses premiers coups, et pour frapper de la main gauche, il faudrait naturellement qu'il eût l'habitude de se servir de cette main, en un mot qu'il fût gaucher.

Si au contraire la tête de M. L... reposait sur le côté gauche de la voiture, l'assassin, montant sur le marchepied de la voiture qui était haute, le cheval étant grand, n'aurait pu, sans compromettre son équilibre, s'appuyer de la main gauche sur le clayon et frapper de la main droite. Il a dû, monté sur le marchepied, se tenant de la main droite aux planches formant le côté de la voiture, frapper de la main gauche; dans les deux hypothèses, si l'assassin s'est servi de la main gauche, ce que je ne saurais toutefois plus rigoureusement établir, il me semble prouvé, d'après la violence des coups et leur conséquence, qu'il ne s'en serait pas accidentellement servi, mais qu'il en aurait l'usage habituel.

S'il a frappé de la main droite, il faut qu'il soit grand et fort pour avoir pu atteindre sa victime, sans monter sur le seul marchepied qui existât à la voiture, ou bien il faut que, placé derrière L..., il ait pu, en choisissant la place, pour ainsi dire, lui asséner les coups qui ont entraîné la mort.

J'ai cru devoir me livrer à cette courte discussion sur la manière dont les blessures ont pu être produites, parce qu'elle m'était demandée; je ne saurais toutefois en tirer d'autres conclusions précises et rigoureuses, si ce n'est que la mort me paraît avoir été occasionnée par l'action violente et répétée d'un instrument contondant pesant et à large surface.

Observation XIX (8 mars 1853). — Je, soussigné, etc., arrivant à l'auberge où les deux victimes avaient été transportées, ai trouvé l'une, le sieur D..., couché sur un lit dans une écurie de la maison; cet homme était agonisant, ne pouvait prononcer aucune parole ni faire aucun mouvement; il était évident pour moi qu'il allait mourir, et j'ai dû penser qu'il ne m'appartenait pas de troubler son agonie par un examen inopportun; je me suis borné à constater à simple vue qu'il y avait sur la région temporale gauche un désordre effroyable, fractures multiples avec enfoncement des os du crâne et issue de la substance cérébrale.

Le second blessé, le sieur Fr. D..., âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, était couché dans un lit de l'auberge; il paraissait assez calme et conservait, à part une sorte de stupeur répandue sur toute sa personne, la netteté de son intelligence; ses blessures avaient déjà reçu un premier appareil.

L'appareil enlevé, j'ai pu constater, à la face dorsale de la main droite, une plaie de un centimètre et demi d'étendue faite obliquement de haut en bas (la main étant très probablement et distinctement portée vers la tête), présentant tout d'abord quelque tinetteté dans la section de la peau et se terminant par une sorte d'arrachement; à la face dorsale de la seconde phalange de l'annulaire, se trouve une autre plaie de un cen-

timètre environ, à la section oblique également; au nez, on remarque une plaie peu profonde, un peu transversale et oblique de haut en bas et de droite à gauche; à la commissure gauche de la bouche commence une longue égratignure qui s'en va obliquement vers l'oreille, dans un trajet de 3 centimètres à peu près.

Les principales blessures sont à la tête : à la partie latérale droite, on voit une plaie linéaire à bords nets intéressant la peau dans une étendue de 3 centimètres environ; en écartant les lèvres de cette plaie, on remarque sur l'os coronal (l'os du front) une solution de continuité correspondante à celle de la peau, un peu moins longue toutefois. La surface osseuse sur laquelle se trouve cette solution de continuité est à peu près plane, quoique dans sa périphérie l'os auquel elle appartient présente extérieurement une forme plus ou moins convexe; la solution de continuité est franchement rectiligne, de 2 centimètres et demi environ. Les plaies des os présentent un caractère que ne peuvent présenter celles des tissus extensibles; les lèvres de ces plaies restent nécessairement en place, à moins de fractures consécutives qui viennent forcément modifier ces conditions; l'intervalle produit par l'application plus ou moins violente de l'instrument vulnérant reste donc toujours le même et permet de déterminer plus exactement la nature de l'instrument contondant et coupant.

Aux deux extrémités de cette plaie osseuse, on voit que la table supérieure ou externe de l'os a été seule intéressée, tandis qu'à la partie médiane, les deux tables superficielle et profonde sont coupées de telle façon que, dans un trajet de un centimètre environ, on peut, par cette plaie de la table profonde ou inférieure, introduire un stylet et, avec grande précaution, pénétrer jusqu'au cerveau. Sur le bord supérieur de cette plaie de l'os, la table supérieure se soulève dans une étendue, en long et en large, de un centimètre environ. Il s'ensuit donc, selon moi, non pas que le coup a été frappé plus fort au centre qu'aux extrémités de la plaie osseuse, mais que, tout en tenant compte de la convexité de l'os, que l'instrument vulnérant devait avoir un tranchant de forme convexe, comme serait celui d'une hachette de hallebarde, par exemple.

(Je me suis servi à dessein de ce mot : plaie des os, d'abord parce qu'il y a une assimilation parfaite entre les plaies des os et celles des autres tissus, et ensuite parce c'est le seul qui soit juste en la circonstance : *plaie des os,* blessure dans laquelle les os ne seront pas altérés dans leur situation respective; *fracture* au contraire, une solution des os qui entraînera un déplacement quelconque des fragments.)

Sur le dessus de la tête, on remarque une seconde plaie contuse, large de 3 centimètres au plus, dont les lèvres sont assez nettes, la lèvre gauche un peu contuse cependant; en écartant les lèvres de cette plaie, on voit que le crâne est dénudé, mais sans plaie ou fracture.

En arrière, sur la partie latérale gauche, se trouve une plaie contuse, seulement superficielle et n'intéressant pas même toute l'épaisseur du cuir chevelu.

Dans la cour se trouvait la voiture des deux victimes; cette voiture porte à gauche la plaque suivante : Fr. Dubois, marchand de volailles, à la Haye, commune de Saint-Lubin, canton d'Auet (Eure-et-Loir). C'est une voiture ordinaire de coquetier; elle est grande toutefois, et n'a de marchepied ni à droite ni à gauche. Plus des deux tiers de la voiture étaient remplis jusqu'à la bâche par des paniers de volailles; le tiers antérieur de la voiture était, dit-on, occupé par le sieur D... qui était couché transversalement, la tête reposant sur son côté droit sur de la paille, comme le prouve une grande quantité de sang remarqué sur la paille ou le brancard de ce côté. Le sieur D... était couché transversalement aussi et, la bâche étant assez basse, l'assassin a dû à cette circonstance de ne pouvoir donner à ses coups toute la portée qu'ils auraient eue sans doute; le cheval est grand, les brancards étaient donc suspendus à une certaine hauteur.

En conséquence de tout ce qui précède, j'estime que le sieur D... a été frappé

avec un instrument pesant et tranchant, comme serait une hachette, par exemple, dont, suivant toute probabilité, le bord tranchant aurait la forme d'une courbe; que le coup qui se trouve à la partie antérieure de la tête a été asséné avec vigueur; qu'il s'en est fallu de très peu que cette blessure ne fût immédiatement mortelle et que, si les autres blessures de la tête ne sont pas plus graves, c'est que le peu de hauteur de la bâche n'a pas permis au meurtrier de mieux assurer ses coups.

J'estime, en outre, que, si le sieur D... n'est pas extrêmement prudent et ne reçoit pas des soins convenables, ses blessures pourront devenir extrêmement dangereuses; il serait même possible qu'en dépit des meilleures conditions où le sieur D... pourra se trouver placé, des résultats graves survinssent quand même.

En considérant la violence des coups assénés, en tenant compte de la hauteur du cheval et des brancards et du peu de hauteur de la bâche, j'estime en outre, comme simple probabilité, que le meurtrier doit être grand et fort.

Observation XX (29 janvier 1859). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à H..., à l'effet de procéder à l'autopsie du cadavre de K..., de vérifier les traces de coups qui y existent, d'examiner leur nature, avec quoi elles peuvent avoir été faites, rechercher si les violences dont K... a été victime sont les causes de sa mort, si les lésions remarquées sur lui ont pu être produites par sa chute ou par des coups portés directement, enfin si le séjour du blessé pendant toute une nuit dans la rue peut avoir occasionné sa mort.

Le corps, d'apparence vigoureuse, est celui d'un homme de cinquante ans environ; à différentes places, on y remarque des surfaces ecchymosiques étendues qui ne sont toutefois que le résultat de l'imbibition cadavérique; mais au tiers supérieur de la face interne du bras gauche, à sa face antérieure, sur la paroi latérale gauche de la poitrine et dans la cavité axillaire du même côté, à la face interne du bras droit, on constate des ecchymoses multiples qui sont évidemment le résultat de violences et de contusions.

A la région postérieure de la tête, se trouve une petite plaie contuse de un centimètre environ de diamètre, intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu; on remarque également sur le visage quelques traces de contusion; incisant crucialement les téguments de la tête et les disséquant de façon à mettre toute la boîte osseuse à nu, on constate au côté droit, entre la peau et le crâne, les traces manifestes d'un épanchement sanguin assez considérable. A l'aide de traits de scie, pour moins ébranler la masse cérébrale, j'enlève le crâne pour mettre à nu le cerveau; je constate alors à la région latérale droite un énorme amas de sang cailleboté entre la paroi osseuse et la dure-mère, enveloppe fibreuse du cerveau; cette accumulation sanguine provient évidemment de la rupture de l'artère méningée moyenne.

Au côté droit du crâne, on constate une fracture qui s'étend obliquement d'arrière en avant, commençant un peu au-dessous de la suture occipito-pariétale et dirigée, en intéressant toute l'épaisseur de l'os, suivant toute la longueur du diamètre antéro-postérieur du pariétal jusqu'à la partie antérieure de la fosse temporale.

Le cerveau est profondément congestionné et la surface cérébrale présente un affaissement notable au-dessous de la masse sanguine signalée plus haut.

En résumé, j'estime que la mort de K... est due aux violences dont il a pu être l'objet; il n'y a, selon moi, que des violences directes et énergiques qui aient pu produire la fracture et l'épanchement sanguin constatés. Ces violences dont témoignent les nombreuses contusions et ecchymoses signalées aux bras, à la poitrine, à la face, ont violemment donné lieu à une forte commotion en même temps qu'à une congestion cérébrale qui ont certainement déterminé la mort.

L'énorme épanchement sanguin dont il a été parlé rend impossible l'hypothèse que la mort ait pu être la conséquence de l'exposition du blessé pendant toute une nuit. Une

autre hypothèse s'offre à la discussion : le blessé, recevant des secousses et des coups plus ou moins violents, sera-t-il tombé sur une pierre ou le pavé, et, par sa chute, aura-t-il encouru les accidents de commotion et d'épanchement qui ont déterminé la mort? Je regarde cette hypothèse comme inadmissible en l'espèce. Il faudrait, en effet, pour que la fracture, telle qu'elle a été constatée, fût le résultat immédiat d'une chute quelconque, que cette chute se fût produite d'un lieu élevé; mais la chute de K..., faite de toute sa hauteur, bien qu'augmentée dans sa violence par la force d'impulsion qu'on aurait pu lui imprimer, n'aurait jamais pu produire une fracture dans les conditions précitées ; tout au plus aurait-elle produit la petite plaie du cuir chevelu.

J'estime donc que les lésions signalées qui ont occasionné la mort sont le résultat de coups violents répétés, énergiques, tels que le poing brutal d'hommes vigoureux pourrait en appliquer.

Observation XXI (6 mars 1872). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à l'amphithéâtre de l'hospice civil de Versailles, à l'effet d'examiner le corps de G. C..., garde forestier, âgé de quarante et un ans, de procéder à son autopsie, de déterminer le nombre et la nature des blessures qui ont causé la mort, et de dire notamment si elles ont été produites par un pieu brisé en deux morceaux qui m'a été présenté.

Le cadavre était placé complètement déshabillé sur une table de l'amphithéâtre, le gardien ayant cru devoir mettre à part les vêtements qui n'ont pu être retirés sans de nombreuses déchirures; celles-ci sont disposées de façon à éloigner toute idée d'arrachement dans une lutte.

Dans les poches des vêtements, il y avait deux clefs, un outil à usage des forestiers et un porte-monnaie contenant 12 francs.

Les vêtements se composaient :

1° D'un gilet de flanelle à petits carreaux directement appliqué sur la peau; sur le bord supérieur contournant le cou, une large tache de sang s'étend sur un espace de 15 centimètres environ; cette tache ne semble pas résulter d'une imbibition directe et présente même des traces d'effacement, comme si, le gilet passant sur une surface ensanglantée, on avait essuyé le sang épanché; c'est probablement en déshabillant le cadavre que ces traces auront été produites.

2° D'un gilet de flanelle ordinaire présentant sur la bordure supérieure en rapport avec la face postérieure du cou une assez large tache de sang; à la partie antérieure gauche du plastron, on remarque d'autres taches de sang.

3° D'une chemise en toile blanche, à collet rabattu, et fixée en avant du cou par une patte qui s'attache de gauche à droite; sur cette patte, il y a deux boutonnières parfaitement intactes et destinées à recevoir deux boutons qui ont disparu avec les fils qui les fixaient, sans que la partie de la tête sur laquelle ils avaient été appliqués ait été arrachée.

Le pli antérieur formant la ligne moyenne du plastron a été entièrement arraché et taché de sang ; tout le plastron du reste est souillé de sang et de boue jaunâtre desséchée.

4° D'un caleçon de tricot blanc ne présentant ni arrachement, ni déchirure résultant de violences, ni taches quelconques.

5° D'un pantalon de drap bleu à passepoil de couleur jaunâtre soutenu par une paire de bretelles, à une seule patte en arrière et à double patte en avant. Les boutons arrêtant les bretelles, tant en arrière qu'en avant, ainsi que les boutonnières qui les reçoivent, sont parfaitement intacts; toute la partie antérieure, et surtout la jambe gauche, sont souillées d'une boue jaunâtre desséchée.

6° D'un gilet taché de sang sur le collet à gauche et sur le côté droit, et quelques taches de sang également sur la toile qui constitue l'arrière du gilet.

7° D'une forte blouse de toile bleue tachée de sang et enfin d'un képi d'ordonnance dont la coiffe a disparu; au côté qui répond à la tempe gauche, dans une étendue de 6 centimètres sur une largeur de 5 environ, il y a des traces de sang mêlé à de la terre jaunâtre. Il y a partout des souillures, mais nulle trace de violence ou de déchirure.

Enfin, j'ai dû examiner un pieu saisi non loin de l'endroit où a été trouvé le cadavre: ce pieu, qui paraît être de bois de bouleau, est long de $1^{m},45$; il est grossièrement appointé par un bout et coupé presque carrément à l'autre bout et plein de cette même terre jaunâtre desséchée et trouvée sur le cadavre. Ce pieu semble être un fort échalas de palissade; il a en moyenne de 6 à 7 centimètres de diamètre et est d'un bois sec et résistant.

A une hauteur de 80 à 90 centimètres environ, il est brisé et sa brisure est en rave, c'est-à-dire en pente oblique; malgré les accidents de sa brisure, les deux fragments s'adaptent parfaitement, et il est hors de toute que c'est bien là un seul et même pieu qui aura été brisé par un effort violent.

L'aspect général du cadavre est celui d'un homme vigoureux, bien musclé, d'une taille de $1^{m},70$ à $1^{m},75$ au plus; je n'ai, du reste, à insister sur aucun caractère d'identité, le cadavre étant notoirement reconnu pour celui du garde forestier C... Le visage, tout maculé de sang et de boue, présente une boursouflure considérable; les cheveux châtain clair sont médiocrement abondants et, sur le côté gauche de la tête principalement, agglutinés par le sang et la boue. Les moustaches, longues et épaisses, sont imbibées et raidies par du sang et de la terre desséchée. Toute la partie inférieure du visage, d'une oreille à l'autre, est salie par de la terre et rougie par du sang; l'œil gauche est fortement ecchymosé sur toute la paupière supérieure et surtout à l'angle externe de l'œil, où le blanc de l'œil (la membrane sclérotique) est fortement infiltré de sang et même déchiré. En appuyant légèrement sur l'arcade sourcilière gauche, on sent une mobilité et une crépitation des os qui annoncent une ou plusieurs fractures; à la racine du nez, on constate une plaie contuse de forme triangulaire de un centimètre environ par côté; à la surface inférieure du menton, à un centimètre environ du bord antérieur, est une plaie contuse de 3 centimètres.

L'oreille gauche est pleine de terre et de sang; l'oreille droite est bleuâtre, tant elle est congestionnée; à la région frontale, à droite, on remarque de larges plaies contuses; la peau, comme écrasée, est, par la violence de la contusion, toute parcheminée dans une étendue de 6 centimètres de long sur 4 centimètres de large; à la région frontale, à gauche, il y a une ecchymose de 7 centimètres de long et de 3 à 4 centimètres de large à la partie moyenne; en appuyant légèrement sur ce point, on sent une mobilité des os sous-jacents qui atteste des fractures.

A 15 centimètres au-dessus du sourcil gauche, on voit une plaie contuse de 3 centimètres et demi de haut en bas, à bords irréguliers, de 6 centimètres dans sa largeur moindre et de 10 centimètres dans sa largeur extrême; au-dessous de la ligne frontale médiane, il y a une petite plaie contuse de un centimètre environ.

La peau du crâne est incisée crucialement de façon à laisser tomber les quatre lambeaux de dedans en dehors; on constate, sur le tissu cellulaire et fibreux qui recouvre la boîte osseuse, deux larges ecchymoses complètement noirâtres, tant l'infiltration sanguine est prononcée, à distance de 4 à 5 centimètres l'une de l'autre, parfaitement distinctes et séparées.

Dans le tissu cellulaire qui tapisse la peau du crâne, ainsi que dans celui qui recouvre les surfaces osseuses crâniennes, il y a une infiltration sanguine considérable.

Cette effusion sanguine est prononcée dans une grande étendue d'avant en arrière et accusée surtout à 8 centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière gauche.

La boîte osseuse mise à nu et dépouillée du périoste qui la recouvre, on voit une série de fractures multiples, linéaires et curvilignes, s'étendant en différents sens ; une énorme fracture, formant une pyramide triangulaire irrégulière, a son sommet à 6 centimètres et à gauche du point où la suture qui unit les os latéraux (les pariétaux) de la tête tombe perpendiculairement sur le milieu de la suture qui unit l'os du front (le frontal) avec les pariétaux ; cette pyramide est brisée en deux parties à la région moyenne ; la moitié inférieure est limitée à droite par une arête résultant d'une fracture faite dans l'épaisseur la plus considérable de l'os du front, et, à gauche, par une courbe qui comprend un peu de l'extrémité antérieure de la fosse temporale et la portion de l'arcade sourcilière qui s'articule avec la branche montante de l'os de la pommette (apophyse montante du maxillaire supérieur).

La face postérieure de cette masse fracturée circonscrit à sa partie inférieure une portion de la face supérieure de la cavité de l'orbite et une partie des cavités ouvertes dans l'épaisseur de la partie antérieure de l'os frontal (sinus frontaux).

A 2 centimètres environ du point d'intersection de la suture des pariétaux avec la suture fronto-pariétale, commence une fracture à ligne courbe de 7 centimètres à peu près qui, d'une part, se dirige horizontalement, dans un trajet de 3 centimètres et demi, vers le sommet de la fracture précédemment décrite, et, de l'autre, descend obliquement, dans un trajet curviligne de 6 centimètres, la rejoindre à une hauteur de 4 centimètres et demi à partir du sommet de cette dernière.

A l'extrémité interne du tiers externe de la suture fronto-pariétale, une fracture curviligne de 3 centimètres environ descend à un centimètre au-dessous de la partie antérieure de la ligne qui, sur le pariétal, limite la courbe supérieure de la fosse temporale et atteint à ce point une énorme fracture qui, d'avant en arrière, traverse le pariétal gauche et l'os occipital dans un trajet de 18 centimètres.

Partant du point de rencontre de cette fracture avec la fracture de 18 centimètres, se trouve une autre fracture curviligne de 5 centimètres qui vient rejoindre la masse en pyramide triangulaire décrite plus haut; d'autres petites fractures de 2 à 3 centimètres s'étendent plus ou moins perpendiculairement sur celles précédemment décrites ; ces fractures sont tellement complètes que, cernées par des traits de scie convenablement dirigés, les surfaces osseuses se séparent librement l'une de l'autre.

La voûte crânienne une fois enlevée, on voit les membranes qui enveloppent le cerveau fortement injectées de sang; entre ces membranes et les circonvolutions cérébrales, du côté gauche surtout, sont d'épais caillots de sang noir ; les vaisseaux sanguins qui pénètrent la substance cérébrale sont fortement tendus et gonflés de caillots sanguins.

En présence de ces effroyables désordres, la conclusion est facile à tirer : la mort est forcément la conséquence immédiate de violences qui ont produit les multiples et profondes fractures du crâne et déterminé la congestion signalée.

Les désordres sont si profonds, si considérables et de telle nature, les fractures que j'ai minutieusement décrites à l'intention de bien faire ressortir leur nombre et leurs directions si divergentes, sont si remarquables qu'il serait peut-être, à priori, difficile d'imaginer quel a pu être l'instrument du crime, si le pieu de bouleau, trouvé non loin du cadavre et décrit plus haut, n'en donnait une explication rationnelle.

Aussi, en examinant avec soin ce pieu de bouleau, en considérant son volume, en appréciant sa forme, sa pesanteur et son degré de résistance, en considérant les deux violentes contusions notées à la peau du crâne et les deux épanchements sanguins observés dans le tissu cellulaire sous-jacent, en tenant un compte exact des fractures, qui semblent se ranger en deux catégories : celles qui ont brisé les sinus frontaux et l'arcade sourcilière et celle qui a fendu le crâne depuis le sommet jusqu'à l'arrière de

la tête, on arrive à cette conviction que j'exprime, à savoir que le pieu de bouleau saisi est très probablement l'instrument du crime et qu'il a dû servir à asséner deux coups d'une violence inouïe sur la tête de la victime.

Je dis deux coups, quoiqu'il ne soit pas absolument impossible qu'un seul coup ait produit tout le mal; mais la direction des fractures, leur multiplicité, leur trajet curviligne ou linéaire, et surtout les deux ecchymoses si notablement caractéristiques dans le tissu cellulaire sous-jacent à la peau du crâne, font mieux comprendre que deux coups aient été assénés avec une terrible violence et une rapidité vertigineuse, de façon à faire tomber les deux coups à peu près au même endroit et à presque les confondre en un seul.

Si, comme je le pense, deux coups ont été assénés, il est évident que ce n'est qu'au second coup que le pieu se sera brisé.

La direction des blessures, les plaies contuses à la partie antérieure du front et à la racine du nez, indiquent que, suivant toute probabilité, les coups ont dû être frappés en avant de la victime; si la mort n'a pas été instantanée, ce que le degré de la congestion cérébrale et l'intégrité de la substance du cerveau peuvent faire admettre, au moins est-il probable qu'elle a dû être très rapprochée du moment du crime.

Enfin l'état des vêtements indique que le garde forestier C... a dû être surpris par une mort soudaine qui ne lui a laissé ni le temps ni la possibilité d'une lutte avec le meurtrier.

Observation XXII (6 avril 1872). — Je, soussigné, etc., me suis transporté à P..., à l'effet de constater à quelle cause la femme B... a dû la mort.

Cette femme, âgée de cinquante-huit ans, a été frappée, dit-on, par son mari d'un coup de houe à main; une houe à main, en effet, a été saisie dans la chambre où le meurtre a été commis et m'a été représentée. Le bâton qui forme le manche de cet outil, juste au niveau de son adaptation avec la douille, la douille elle-même et la plaque de fer qui constitue la binette étant largement tachés de sang, il est de toute probabilité que cette houe a été véritablement l'instrument du crime.

Le cadavre de la victime est couché dans un lit; le côté droit de la face repose sur le traversin; du reste, le cadavre ayant été examiné avant ma visite, je ne saurais insister sur les détails de la situation du corps, craignant, à cause de circonstances intercurrentes, de ne pouvoir en faire sortir nettement la position dans laquelle était la femme B... quand la mort est venue.

Les cheveux sont ensanglantés, par place agglutinés ensemble et formant des plaques de cheveux et de sang coagulé; l'œil gauche, paupières et globe oculaire, est le siège d'une ecchymose considérable; l'oreille gauche tout entière est aussi fortement ecchymosée; on y remarque une première déchirure ou plaie contuse de 3 centimètres au-dessus du bord supérieur du pavillon et une seconde déchirure de un centimètre et demi environ à la partie supérieure du lobe de l'oreille.

A la région temporale gauche, il y a une plaie contuse de 2 centimètres et demi; en appuyant à cet endroit sur la peau violemment contuse et déchirée, on perçoit des fractures dans le tissu osseux sous-jacent.

Au niveau du tiers inférieur de la branche du maxillaire inférieur, on constate une crépitation et une mobilité qui décèlent une fracture.

Les téguments du crâne incisés crucialement et chaque lambeau convenablement rabattu, on constate une suffusion sanguine considérable, tant dans la peau même du crâne et le tissu cellulaire qui la double que sur la boîte osseuse elle-même. Ce qu'on appelle la portion écailleuse de l'os temporal est brisé en trois ou quatre fragments fortement implantés dans la dure-mère sous-jacente.

A un centimètre au-dessus de la circonférence supérieure de cette portion écailleuse

commence une série de fractures qui, suivant différentes directions, affectent l'os pariétal gauche.

L'os frontal est le siège de plusieurs fractures se dirigeant en tous sens, à lignes courbes et droites avec saillies et enfoncements constituant des engrenages tout à fait anormaux.

Chose remarquable, la suture qui unit l'os frontal aux pariétaux est désengrenée dans une étendue de 9 centimètres environ, puis le désengrènement cesse brusquement pour faire place à une fracture dont la courbe remonte sur le pariétal droit pour rejoindre la ligne d'union du temporal droit avec le pariétal du même côté.

La violence qui a produit cette multiplicité de fractures a été si considérable que la suture qui relie les deux pariétaux a été ébranlée et le désengrènement commencé en partie *à l'intérieur* de la voûte crânienne.

La main gauche présente à sa face dorsale une profonde ecchymose; les ligaments qui unissent le métacarpe avec la troisième phalange du doigt médius sont en partie rompus et pour le moins fort distendus, mais les os ne présentent pas de fractures.

Il ressort évidemment de la description de toutes ces lésions qu'une mort violente en a été la conséquence immédiate. C'est bien certainement la houe à main tachée de sang, dont j'ai parlé plus haut, qui a été l'instrument du crime et a fracassé le crâne de façon à produire les fractures décrites. J'estime qu'un seul coup de cette houe à main, asséné avec une violence inouïe s'augmentant de tout le poids de l'engin meurtrier, a suffi pour donner la mort.

La victime était-elle éveillée ou endormie au moment où elle a succombé? Il est, dans l'espèce, difficile de donner sur ce point une opinion précise ; on peut présumer cependant que la femme B... était très probablement couchée, la tête reposant sur le traversin, c'est-à-dire dans la situation la plus favorable à la production des blessures reçues.

La nature et la multiplicité des fractures, la violente congestion des vaisseaux sanguins de la tête, la profonde imbibition sanguine de la substance cérébrale, la terrible commotion qui a dû résulter du coup asséné, me font admettre que la victime a dû succomber sur le coup.

En résumé donc, j'estime :

1° Que la mort de la femme B... a été le résultat d'un coup terrible asséné par la houe à main tachée de sang qui m'a été représentée ;

2° Qu'un seul coup a suffi pour donner la mort;

3° Enfin, que la mort n'a été précédée d'aucune lutte dont je ne retrouve les traces nulle part.

DISCUSSION.

M. Laborde. Je crois qu'il serait bon, après avoir entendu le si remarquable travail de notre confrère et maître M. Penard, de ne pas laisser passer quelques lignes sans y répondre. Ces quelques lignes sont relatives aux nouveaux moyens de recherches. Ainsi M. Penard a fait au microscope et au spectromicroscope des reproches qui ne me paraissent pas devoir être mérités par ces instruments mêmes. Ce ne sont pas les instruments qui se trompent. On peut se tromper avec eux; mais dire qu'ils peuvent nous tromper, c'est jeter sur le concours qu'on en doit attendre une certaine défaveur qui pourrait être regrettable.

M. Devergie, *président.* M. Penard a dit seulement qu'il était difficile de trouver des hommes sachant se servir de ces instruments délicats.

M. Laborde. C'est vrai, et M. Penard a ajouté qu'il fallait se poser carrément en face des juges et leur dire : Je ne sais pas. Si, à propos du microscope et du spectro-microscope, on dit aux juges : Je ne sais pas, les juges peuvent vous répondre : Pourquoi ne savez-vous pas? C'est peut-être parce que vous n'avez pas fait tout ce qu'il fallait pour savoir?

Ces réflexions résultent de la lecture qui vient de nous être faite. Il y a aujourd'hui une école de l'affirmation très positive, et déclarer qu'on ne sait pas, alors qu'il s'agit d'instruments qui doivent intervenir dans les recherches, ce serait avouer son impuissance.

M. Devergie, *président.* Quand on ne sait pas, on ne sait pas, et M. Penard veut qu'on l'avoue carrément.

M. Penard. Je comprends la remarque de M. Laborde et je l'apprécie. Je suis sympathique à la pensée qui a poussé notre très distingué confrère à faire cette observation; mais je parle surtout pour la majorité des experts et, en général, pour ceux qui exercent en province. Les études longues, difficiles ne peuvent se faire qu'à Paris, et, dans le genre d'études délicates dont nous nous préoccupons, on ne saurait avoir acquis trop d'habitude, d'expérience et d'habileté de manipulations; or, ce qui se rencontre facilement à Paris doit évidemment, faute d'occasions, se rencontrer plus difficilement en province! Il y aurait donc des dangers, des inconvénients sérieux qui viendraient non pas des instruments, mais des instrumentistes. J'ai probablement mal exprimé ma pensée; mais j'ai voulu dire qu'il fallait savoir se servir parfaitement des instruments, sans quoi les inhabiles et les imprudents courraient risque de faire dire à l'histologie autre chose que ce qu'elle dit réellement. Aussi, ai-je eu en vue ceux qui ne se serviraient pas bien des instruments, et non pas ces instruments eux-mêmes.

J'ajoute enfin qu'en cour d'assises, qu'on ne sache pas, alors qu'on devrait peut-être savoir, dès qu'on ne sait pas, c'est un devoir impérieux de conscience de dire : Je ne sais pas; tant pis alors pour l'expert, mais tant mieux pour la vérité.

M. le Président. La parole est à M. Vigneau pour une communication.

M. Vigneau. Messieurs, vous m'excuserez, moi, simple praticien de campagne, de prendre la parole devant une si docte et illustre assemblée. Si je ne pensais qu'à moi, j'écouterais les hommes savants qui sont dans cette enceinte, cherchant à m'instruire, étant bien loin de leur apprendre quelque chose. Mais la médecine légale est un champ d'une si vaste étendue que je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'il y a, pour rendre ce champ fertile, du travail pour tout le monde, et que le plus modeste ouvrier peut concourir pour sa part à la culture générale. Je suis cet ouvrier. Je demande votre indulgence pour son œuvre et pour lui.

L'observation que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation m'a paru

remarquable à divers titres. Après que vous la connaîtrez, il vous sera facile d'argumenter sur les nombreuses questions qu'elle peut motiver. Je crois néanmoins utile auparavant d'énoncer les points suivants qui la résument : **Coup de poing sur le nez; — blessures simulant une plaie par instrument tranchant; — erreur de diagnostic; — sujet hémophile; — hémorrhagies effrayantes; — responsabilité du médecin traitant; — tétanos le dix-neuvième jour; — mort le vingtième; — autopsie; — cour d'assises.**

Voici les premières constatations que j'ai eu à relever à ce sujet :

Nous, soussigné, Albert-Bernard Vigneau, docteur en médecine à Bazas (Gironde), nous sommes aujourd'hui, 5 juin 1877, sur la demande du sieur Gourgues (Jean), transporté à Grignols pour examiner le sieur Duleau (Pierre).

Le sieur Duleau (Pierre), âgé de trente-deux ans, forgeron à Grignols, d'une haute stature, plutôt maigre que gras, teint brun, est atteint de la diathèse hémorrhagique congénitale ou hémophilie. Nous-même l'avons soigné, il y a quelques années, pour une hémorrhagie grave. Un frère est mort, dit-on, de cette maladie.

Le sieur Gourgues (Jean), âgé de trente-cinq ans, habite la commune de Rommestaing (Lot-et-Garonne); il passe pour être doué d'une force bien au-dessus de la moyenne.

Nous nous sommes rendu avec M. le juge de paix de Grignols, M. Reboux, médecin à Grignols et le sieur Gourgues (Jean), au domicile du sieur Duleau. Tous ces Messieurs, venus officieusement sur notre demande, étant présents, nous avons recueilli les renseignements suivants :

Mercredi 30 mai 1877, vers dix heures du soir, à la suite d'une querelle survenue entre Duleau et Gourgues, quelques coups de poing furent donnés de part et d'autre. Un coup de poing de Gourgues sur le nez de Duleau produisit une blessure chez ce dernier. Cette blessure saigna abondamment depuis dix heures jusqu'à cinq heures du matin. M. Reboux fut mandé pour arrêter l'hémorrhagie nasale. Pendant les préparatifs du pansement et pendant le pansement, de cinq à sept heures, il y eut quatre litres et demi de sang versé. Ce qui donnerait, si le sang s'était écoulé avec autant d'énergie de dix heures du soir jusqu'au matin, une perte de sang d'environ 18 à 20 litres. Hâtons-nous de dire que ce chiffre est exagéré. Il y eut de nombreux vomissements de sang coagulé. Le tamponnement interne ne fut pas pratiqué. M. Reboux tamponna les fosses nasales extérieurement.

Depuis jeudi à sept heures du matin jusqu'à lundi 4 juin à dix heures du soir, il n'y eut plus d'hémorrhagie; vers dix heures, M. Reboux fut obligé de tamponner de nouveau. Ce matin, 5 juin, hémorrhagie jusqu'à deux heures de l'après-midi, mais les pertes de sang n'ont pas été considérables.

Le premier jour, le sieur Duleau eut plusieurs syncopes et présenta tous les signes particuliers d'une hémorrhagie arrivée bien près de son extrême limite.

Voici l'état dans lequel nous trouvons le sieur Duleau. Couché dans son lit, son facies est normal, son pouls un peu fréquent, assez faible. Le nez offre un tamponnement de charpie à chaque narine, une bandelette de sparadrap en travers vers le milieu; deux autres bandelettes vers l'extrémité libre pour retenir les tampons. Les narines sont dilatées par ces tampons et la base du nez mesure 6 centimètres transversalement; les lèvres sont légèrement gonflées, la gauche un peu plus que la droite; la lèvre gauche est en outre soulevée par un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer, placé en cet endroit par le malade pour arrêter une hémorrhagie de la muqueuse labiale. Cette

hémorrhagie s'était produite à l'ouverture accidentelle d'une petite ecchymose de cette région.

Après nous être renseigné auprès de notre confrère M. Reboux, pour savoir s'il y aurait quelque danger à examiner seulement la plaie extérieurement, sur sa réponse négative, nous avons enlevé la bandelette de sparadrap placée sur le milieu du nez. Au point d'insertion des cartilages avec les os propres du nez, nous avons trouvé une plaie de 15 millimètres de large, dirigée de haut en bas et légèrement de droite à gauche. Cette plaie, en voie de guérison, laissait sourdre une petite gouttelette de sang rouge; elle avait le bord externe légèrement irrégulier. Craignant une nouvelle hémorrhagie, nous avons remis une bandelette de sparadrap. Les os propres du nez paraissent intacts. Il n'y a pas de trace d'ecchymose. M. Reboux nous dit qu'à sa première visite il n'y avait pas d'ecchymose, que les bords de la plaie étaient contigus, et que la plaie avait la forme d'une blessure faite par un instrument tranchant; le tamponnement en avait écarté les lèvres; il put s'assurer qu'un stylet pénétrait facilement dans toute l'étendue de la plaie et ressortait par la narine gauche.

Voilà les faits tels qu'on nous les a racontés et le résultat de notre examen médico-légal.

La rumeur publique a accusé le sieur Gourgues de s'être servi d'un instrument ou corps étranger quelconque pour frapper le sieur Dulcau.

Nous déclarons que la blessure, telle que nous l'avons vue et telle qu'on l'a décrite primitivement, s'explique parfaitement par un coup de poing donné avec force de bas en haut, le poing étant fermé. Ayant examiné la main du sieur Gourgues, nous avons trouvé, à l'articulation de la phalange avec la phalangine du doigt médius de la main droite, une incision à bords très nets. En examinant simplement le squelette de la face, on voit les bords extrêmement tranchants du bord libre des os propres du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On comprend que le coup de poing a vivement repoussé l'aile du nez contre ces bords, qui ont fait seuls l'office du tranchant d'un couteau et ont sectionné nettement l'aile du nez de dedans en dehors, et même le doigt de celui qui a porté le coup. Les os n'ont pas dû être fracturés, parce que le coup a été porté dans le sens exact de ces os.

Certifions le présent rapport sincère et véritable.

Grignols, 5 juin 1877.

Le parquet ayant été saisi de cette affaire, je fus chargé avec mon confrère, M. le Dr Reboux, de donner un avis officiel qui fut consigné dans le rapport suivant :

Nous, soussignés, Joseph-Dominique Reboux, médecin à Grignols (Gironde), et Albert-Bernard Vigneau, docteur en médecine à Bazas, sur la réquisition de M. Fernand de Montcabrié, procureur de la République à Bazas, en date du 20 juin 1877, nous sommes transportés à Grignols au domicile du sieur Dulcau (Pierre), forgeron, âgé de trente-deux ans, à l'effet :

1° *De constater la cause du décès du sieur Dulcau;*

2° *De rechercher si cette mort a été amenée par l'hémorrhagie qui a suivi la contusion par lui reçue sur le nez dans la soirée du 30 mai 1877;*

3° *Si la mort dudit Dulcau peut être considérée comme ayant pour* cause directe et certaine *ladite contusion; de donner de ces constatations et recherches un rapport.*

Serment préalablement prêté, nous avons fait l'autopsie aujourd'hui 21 juillet 1877

à sept heures du matin, en présence de M. le juge de paix, du brigadier de gendarmerie de Grignols, et avons constaté ce qui suit :

Nous avons été introduits dans une chambre où était étendu, sur un lit, le corps du sieur Duleau, recouvert d'un drap blanc. Le corps est celui d'un homme brun, portant la barbe en fer à cheval, rasé depuis peu de jours, ayant quelques cheveux blancs; la taille est au-dessus de la moyenne; la peau, très blanche, est exsangue, particulièrement à la tête, qui ressemble à un buste de cire. Après avoir constaté par l'inspection de ce corps qu'il était évidemment privé de vie, nous avons commencé par en examiner attentivement toutes les parties extérieures. Il n'avait pas d'autre vêtement qu'une chemise de coton et un gilet de flanelle rouge. La tête est fortement renversée en arrière sur le coussin; un mouchoir blanc plié et noué sur la tête passe sous le menton pour tenir les maxillaires rapprochés, selon l'habitude du pays. L'avant-bras gauche est en travers de la poitrine ; le bras et l'avant-bras droits sont étendus le long du corps ; les doigts sont fléchis. Il y a de la raideur cadavérique.

Nous faisons porter le corps dans une cour pour procéder à l'autopsie. Après avoir coupé avec des ciseaux la chemise et le gilet de flanelle, nous avons examiné la peau du thorax, du ventre, des jambes, etc., les parties génitales; nous n'avons trouvé nulle trace de contusion ni de plaie. Les flancs ont une légère teinte verdâtre. Le dos, la région fessière et un peu le haut des cuisses en arrière présentent un peu de rougeur violacée.

Notre examen a porté d'une manière plus spéciale sur la tête.

La bouche est entr'ouverte, les dents sont noirâtres ; la lèvre supérieure est rétractée en haut; les muqueuses apparentes ont une couleur blanc nacré. Aux deux angles de la mâchoire inférieure, l'épiderme est enlevé par deux cautères récemment placés.

Le nez est légèrement dévié de droite à gauche, aminci à la partie supérieure de ses deux ailes. Le diamètre transversal à sa base est de 3 centimètres; la longueur totale du nez est de 6 centimètres. A 25 millimètres de la base se trouve une croûte noire de 12 millimètres de haut en bas, un centimètre de large, 4 millimètres d'épaisseur, à forme convexe. Nous pratiquons une incision longitudinale de bas en haut contournant légèrement la plaie à droite. Nous disséquons avec soin les deux côtés du nez. La peau ayant été enlevée à droite, nous trouvons, vers le bord libre et supérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, une perforation de 3 ou 4 millimètres fermée par un corps noir; ce corps enlevé, nous tombons sur le bord de l'os dénudé et dans la fosse nasale correspondante. Le pourtour de cette ouverture, dans une étendue de 15 millimètres, est plus foncé que les parties environnantes. A 7 ou 8 millimètres au-dessous, une petite ouverture arrondie de 2 millimètres, communiquant avec la même fosse nasale.

La peau, du côté gauche du nez disséqué, offre un creux de 11 millimètres de haut en bas sur 6 millimètres en travers, creux correspondant à la saillie noire précédemment décrite; une extravasation sanguine artérielle autour de la partie intérieure du cartilage latéral de l'aile du nez. Au-dessus et dans la région du bord libre des os propres du nez une plaie faisant suite au rebord du cartilage antérieur latéral gauche; cette plaie présente une ouverture longitudinale de haut en bas de 5 millimètres, un peu plus large à sa partie supérieure, où elle se termine par une masse de chair fongueuse et des caillots sanguins. Cette masse arrondie a un diamètre de 5 à 6 millimètres. Les cartilages des os du nez sont très mobiles.

La partie antérieure des tendons de la cloison des fosses nasales est incurvée à gauche. La partie inclinée a 2 millimètres de largeur sur 8 millimètres dans le sens vertical. Nous pratiquons une section longitudinale de la plaie; en aboutissant aux os propres du nez, nous ne trouvons rien à signaler. Après avoir enlevé les muscles et

aponévroses qui recouvrent les os du nez, nous trouvons une fracture complète, sans déplacement, d'une petite portion du bord intérieur et supérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, et d'une petite portion contiguë de l'os propre du nez correspondant. Cette fracture a de 6 à 8 millimètres dans son plus grand diamètre de haut en bas. Le bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit est dénudé et noirâtre. Au-dessous, correspondant au bord extérieur de la fosse nasale droite, un foyer purulent de 15 millimètres de diamètre entre l'os et la muqueuse.

Le côté gauche complètement disséqué, l'apophyse montante du maxillaire supérieur nous offre une fracture losangique de 14 millimètres de long dans son grand diamètre de haut en bas, et de 9 dans son diamètre oblique. Les cartilages du nez sont séparés légèrement de leur insertion avec les os propres du nez.

La cloison du nez, perforée irrégulièrement, offre dans sa partie moyenne une perte de substance d'environ 1 centimètre et demi, à bords irréguliers. Dans la fosse nasale, du côté gauche, rien à signaler. Aucun autre os ni partie molle n'offre de lésion.

La région laryngienne est plus développée qu'à l'état normal. Nous avons ouvert le larynx et la trachée-artère. Nous avons trouvé une quantité considérable d'écume blanche à bulles très fines. Après avoir enlevé cette écume, nous avons vu la muqueuse un peu noirâtre dans quelques points de la région laryngienne et, partout ailleurs, très décolorée.

N'ayant aucun doute sur la cause de la mort, nous n'avons pas cru devoir pousser plus loin nos recherches, qui n'auraient pu nous éclairer davantage.

Avant de répondre aux questions qui nous sont posées par M. le procureur de la République, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails sur le tempérament du sieur Duleau et sur l'origine de sa blessure. Le sieur Duleau était atteint de la diathèse *hémorrhagique congénitale* ou hémophilie, qui est une tendance, une disposition aux effusions sanguines.

Nous (Vigneau) l'avons soigné il y a quatre ou cinq ans pour une petite ulcération des parties génitales; il y eut une hémorrhagie qui dura un jour et demi; nous eûmes de grandes difficultés pour l'arrêter. — A deux reprises différentes, nous (Reboux) l'avons soigné dans le courant de l'année 1876, à Grignols : une fois pour une piqûre à un doigt; l'autre fois pour l'écrasement du doigt; il y eut des hémorrhagies qu'il fut très difficile d'arrêter; elles se renouvelaient très facilement pendant quatre ou cinq jours.

Enfant, il était sujet à des saignements de nez excessivement abondants. Un de ses frères est mort à la suite d'un vomissement de sang.

Le 30 mai, vers dix heures du soir, le sieur Duleau reçut, de la part du sieur Gourgues, un coup de poing sur le nez. Il y eut blessure. Le sang coula abondamment par cette blessure et par les narines depuis dix heures jusqu'à cinq heures du matin. Nous (Reboux) fûmes mandé en ce moment pour arrêter l'hémorrhagie. Pendant les préparatifs du pansement et pendant le pansement, de cinq à sept heures, il y eut 4 litres et demi de sang versé. Le 4 juin, nouvelle hémorrhagie depuis le matin jusqu'à deux heures de l'après-midi. Le 9 juin, autre hémorrhagie. M. le Dr Roumieu fut appelé en consultation et nous (Reboux et Roumieu) pronostiquâmes une mort prochaine amenée par les pertes successives du sang. Du 10 au 13 juin, état des plus graves; du 13 au 19, amélioration; le 19, dans la matinée, début d'accidents tétaniques (*tremus et opisthotonos*); le 20, vers trois heures de l'après-midi, mort!

D'après l'autopsie, nous pouvons déclarer que la blessure a été produite de la manière suivante. Le sieur Gourgues se trouvait un peu à gauche du sieur Duleau; il lui a donné un violent coup de poing de bas en haut et un peu de gauche à droite; l'articulation d'une des phalanges du poing fermé du sieur Gourgues a fortement repoussé la partie moyenne du nez vers le côté droit de la face du sieur Duleau. Une partie des

os propres du nez et du bord antérieur des deux apophyses montantes du maxillaire supérieur a cédé sous la violence du choc ; le bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, à droite, a, par son tranchant, sectionné, de dedans en dehors, les muqueuses, le cartilage de la cloison du nez, l'aile gauche du nez, où la section était très nette, et même le doigt du sieur Gourgues.

Conclusions : 1° *Constater la cause du décès du sieur Duleau, serrurier à Grignols.*

Le sieur Duleau est mort à la suite d'accidents tétaniques.

2° *Rechercher si cette mort a été amenée par l'hémorrhagie qui a suivi la contusion par lui reçue dans la soirée du 30 mai 1877.*

L'hémorrhagie qui a suivi la contusion et les hémorrhagies successives qui se sont produites depuis ont amené le sieur Duleau dans un état voisin de la mort.

3° *Si la mort du sieur Duleau peut être considérée comme ayant pour* cause directe et certaine *ladite contusion.*

Les accidents tétaniques sont la cause directe et certaine de la mort. Le tétanos, quoique pouvant se déclarer spontanément, a le plus souvent pour cause directe un traumatisme, une blessure quelconque, depuis la plus grave jusqu'à la plus bénigne en apparence; il est le plus souvent mortel, ses progrès rendant impossibles les mouvements des organes respiratoires, ce qui a eu lieu dans le présent cas. D'un autre côté, le sieur Duleau avait tellement perdu de sang que la mort devait s'ensuivre très probablement.

Les fractures observées n'étaient pas de nature à produire la mort par elles-mêmes. Mais la déchirure des muqueuses, de la peau, chez un sujet hémophile, causes directes de l'hémorrhagie, avaient amené un tel état de faiblesse générale qu'il n'y avait guère plus d'espoir de sauver le malade lorsque les accidents tétaniques ont amené la mort.

La disposition congénitale aux effusions sanguines incoercibles a joué un rôle prépondérant dans ce cas malheureux.

Certifions le présent rapport conforme à la vérité et aux principes de l'art.

Grignols, le 21 juin 1878.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, M. le juge d'instruction m'adressa des questions écrites auxquelles j'ai répondu ainsi qu'il suit :

D. — *Pensez-vous que Gourgues, lorsqu'il a frappé Duleau avec le poing, avait quelque objet dans la main ?*

R. — Je pense que Gourgues n'avait rien dans la main; il a frappé avec le poing fermé. Le coup a été assez fort pour produire les effets signalés dans mon rapport du 21 juin 1877. Je vous remets d'ailleurs la copie du rapport que j'ai fait le 5 juin à ce sujet, sur la demande même de Gourgues et avec l'assentiment de M. le procureur de la République, informé de cette démarche.

D. — *Le traitement qui a été appliqué à Duleau après le coup porté par Gourgues a-t-il été en rapport avec l'état de Duleau ?*

R. — Je le crois.

D. — *On ne peut donc rapporter qu'au coup de poing donné par Gourgues les effusions de sang qu'a eues Duleau, à la suite desquelles s'est produit le tétanos ?*

R. — Certainement. C'est ce que j'ai dit dans mon rapport du 21 juin. Sans la dis-

position congénitale de Duleau aux effusions sanguines, ces hémorrhagies n'auraient pas été aussi fortes; mais il y en aurait eu néanmoins d'assez considérables, le coup de poing ayant porté sur le nez et produit les désordres signalés par l'autopsie.

Cette observation me paraît devoir être étudiée à différents points de vue tous aussi intéressants les uns que les autres, soit pour le médecin, soit pour le légiste. J'établirai la division suivante :

A. Au point de vue médico-chirurgical :

1° Combien un homme peut-il perdre de sang sans que la mort soit la conséquence fatale de l'hémorrhagie?

2° Dans le cas observé, le médecin traitant avait-il lieu de supposer que la plaie avait été produite par un instrument tranchant?

3° A-t-il fait tout ce qu'il avait à faire en ne pratiquant pas le tamponnement interne et, plus tard, la transfusion?

4° Le tétanos doit-il être attribué à la lésion ou à l'insuffisance ou altération de la masse sanguine?

B. Au point de vue médico-légal :

Quid *de l'observation en général ?*

C. Au point de vue légal :

Y avait-il lieu de traduire l'accusé devant la cour d'assises, ou de l'envoyer simplement en police correctionnelle?

Responsabilité civile.

Avant de traiter ces diverses questions, il est bon de connaître les renseignements recueillis par M. le juge d'instruction; ces renseignements, que je vais résumer aussi brièvement que possible, seront d'une grande utilité pour la discussion de l'observation au point de vue légal.

Le sieur Duleau, qui avait eu à se plaindre de la fidélité de sa femme, après s'être séparé quelque temps d'elle, l'avait reprise sous son toit et paraissait vivre en assez bonne harmonie avec elle. Le caractère du sieur Duleau était irascible et violent.

Le soir du jour de foire à Grignols, Gourgues et Duleau buvaient ensemble avec des camarades, et ni l'un ni l'autre n'en étaient à absorber leur premier verre de liqueur, quand ils se prirent de querelle, faisant allusion, Gourgues à la fidélité de la femme Duleau, et Duleau aux condamnations de Gourgues. Duleau insista pour entraîner Gourgues dehors afin de se battre ensemble, et ce dernier, qui résista assez longtemps à ces provocations, finit par céder. Ils sortirent seuls et il faisait nuit. Il a été à peu près prouvé que Duleau porta le premier coup. Gourgues riposta par un seul coup de poing dont on connaît les résultats et les conséquences.

Gourgues, après ce coup malheureux, s'empressa de prodiguer des soins à Duleau, et plus tard lui rendit visite. Quand j'ai vu le blessé pour la première fois, Gourgues et Duleau paraissaient être de véritables amis.

Reprenant les questions l'une après l'autre, voici comment nous envisageons leur solution :

A. Au point de vue médico-chirurgical :

1° *Combien un homme peut-il perdre de sang sans que la mort soit la conséquence fatale de l'hémorrhagie?*

Il est impossible de déterminer d'une manière absolue la quantité de sang en circulation; par suite, il est impossible de dire combien un homme peut perdre de sang par une hémorrhagie continue sans que la mort en soit la conséquence immédiate. Duleau pouvait peser environ 70 kilogrammes; selon les calculs de la physiologie, il devait avoir au maximum 6 ou 7 kilogrammes de sang. L'hémorrhagie constatée par M. Reboux, pendant deux heures, 4 litres et demi de sang, est déjà énorme; il est donc peu probable que la perte de sang se soit continuée avec la même intensité pendant toute la nuit. Duleau a encore eu d'autres hémorrhagies, mais on n'a pas mesuré le sang qu'il a perdu. En résumé, la perte de sang paraît avoir été supérieure à toutes celles qui ont été enregistrées jusqu'à ce jour.

2° *Dans le cas observé, le médecin traitant avait-il lieu de supposer que la plaie avait été produite par un instrument tranchant?*

Malgré la section à peu près nette des téguments, malgré qu'on n'eût pas reconnu de crépitation, ce que le médecin n'a d'ailleurs pas dû rechercher longtemps, connaissant la diathèse hémorrhagique du sujet, nous pensons qu'il était plus vraisemblable d'expliquer cette plaie comme nous l'avons expliquée nous-même que par un instrument tranchant. Si le malade était guéri, il est très certain que notre diagnostic aurait toujours été considéré comme erroné par le public et le médecin traitant lui-même.

3° *Le médecin a-t-il fait tout ce qu'il avait à faire en ne pratiquant pas le tamponnement interne et, plus tard, la transfusion?*

Si le malade était mort de la première hémorrhagie, je crois que le médecin n'aurait pas fait tout ce qu'il y avait à faire; mais comme, en définitive, il était arrivé à arrêter l'écoulement du sang, il ne paraît nullement responsable des conséquences de l'hémorrhagie ni des hémorrhagies successives.

Si nous avions été mandé, il est très certain que nous aurions proposé et pratiqué la transfusion du sang, qui a réussi à Samuel James chez un enfant de onze ans atteint d'hémophilie. (*The Lancet of London*, octobre 1840.)

L'opération de la transfusion du sang n'est pas encore entrée dans la pratique usuelle, et un officier de santé ne peut être blâmé de n'avoir pas tenté cette dernière ressource, qu'un grand nombre de docteurs repoussent encore, quoique à tort selon nous.

Il aurait été curieux et peut-être salutaire, lorsque le tétanos se déclara, de pratiquer des injections de chloral et de faire usage de la transfusion.

En résumé, le sieur Gourgues n'était pas autorisé à intenter des poursuites contre M. Reboux pour soins insuffisants; il a d'ailleurs suivi nos conseils.

4° *Le tétanos doit-il être attribué à la lésion ou à l'insuffisance ou altération de la masse sanguine?*

Il est probable que le tétanos a eu pour cause le traumatisme dans une partie très vasculaire pour de nombreux filets nerveux.

B. Au point de vue médico-légal :

Quid *de l'observation en général ?*

Nous nous sommes trouvé en présence d'une blessure qui, de prime abord, paraissait légère, et qui, par suite de circonstances exceptionnelles, s'était aggravée et avait occasionné la mort. L'autopsie nous a révélé au contraire que la blessure était grave et qu'une de ses conséquences naturelles (le tétanos) pouvait entraîner la mort, exceptionnellement il est vrai, même dans la diathèse hémorrhagique, qui avait singulièrement disposé le sujet à une terminaison fatale.

C. Au point de vue légal :

Y avait-il lieu de traduire l'accusé devant la cour d'assises, ou de l'envoyer simplement en police correctionnelle?

Responsabilité civile.

C'est une question qu'il ne nous appartient pas de résoudre et qui était de la compétence exclusive du magistrat instructeur.

M. le Président. M. Gauché a la parole pour une communication sur :

LES CARACTÈRES FOURNIS PAR LA PUPILLE

EN MÉDECINE LÉGALE.

M. Gauché, *interne des hôpitaux de Paris.* Messieurs, le sujet de la communication que nous avons sollicité l'honneur de présenter au Congrès international de Médecine légale paraît plus nouveau qu'il ne l'est en réalité. Notre seule ambition serait d'avoir pu réunir en un faisceau les éléments épars dans la science médicale, tout en y apportant le contingent de nos recherches personnelles.

Le problème proposé est des plus simples : rechercher s'il est possible, à certaines phases de l'existence, de recourir à la pupille pour répondre à des questions qui relèvent de la science médico-légale. Notre champ sera d'autant plus restreint que, laissant de côté tout ce qui concerne les relations du degré de l'ouverture pupillaire avec telle ou telle condition physiologique ou morbide dont il serait le signe, nous n'avons essayé de déduire quelques aperçus que de l'état de la pupille à la naissance ou de l'état de la pupille après la mort, dans des circonstances bien déterminées.

Un seul indice est donné, croyons-nous, lors de la naissance, surtout quand celle-ci est précoce; il se tire de la présence ou de l'absence de la membrane pupillaire. L'orifice est ouvert au septième mois de la vie fœtale, époque assignée par tous les auteurs comme limite de la viabilité du nouveau-né, en un mot, l'aptitude au fonctionnement régulier de la vie extrautérine à l'exercice physique de la vision. N'insistons pas sur les cas particuliers de contractilité et de dilatabilité de la pupille en rapport avec le degré plus ou moins prononcé de la sensibilité rétinienne, ni sur les renseignements ainsi fournis sur l'intensité de l'amblyopie, la possibilité de l'opération chez les cataractes, etc., toutes données qui, de près ou de loin, se rattachent aux applications légales de la chirurgie. Du reste, la physiologie expérimentale n'a pas dit son dernier mot

sur la vraie théorie musculaire ou vasculaire de la mobilité de l'iris. M. le Dr Franck vient de faire part à la Société de biologie, dans le cours de cette année, d'une série de recherches expérimentales sur ce sujet. Le 27 avril, il rapporte que « l'excitation du bout supérieur du nerf vertébral détermine, comme l'excitation du bout supérieur du sympathique cervical, mais à un moindre degré, la dilatation pupillaire; or, M. Voisin avait déjà pensé que toutes les fibres pupillaires ne suivent pas le cordon cervical du grand sympathique, mais qu'un certain nombre d'entre elles suivent l'artère vertébrale. L'expérience démontre qu'il en est bien ainsi ». Le 20 juillet, il s'agit encore de la dissociation des filets irido-dilatateurs appartenant et au sympathique cervical, et au nerf vertébral, et au trijumeau. Enfin, tout récemment, dans la séance du 3 août dernier, M. Franck conclut à la théorie de l'indépendance des variations du diamètre pupillaire par rapport aux changements du calibre des vaisseaux.

Nous avons hâte d'arriver au point capital de ce travail, c'est-à-dire la relation possible de l'état de la pupille avec le degré de l'agonie, et, si la mort survient, après le décès supposé, avec l'existence, la date et la nature de la mort. Mais ici nous croyons nécessaire de définir ce qu'on doit entendre par pupilles rétrécies, moyennes, dilatées. Cette définition manque et, par suite de l'absence de définition, les termes restent dans un vague absolu. Pour nous, les dimensions approximatives de la pupille seront précisées davantage si nous les rapprochons de celles de la zone circulaire de l'iris, et alors nous appellerons pupilles moyennes celles dont le diamètre représente sensiblement le tiers du diamètre total appartenant à la circonférence irienne extérieure. On voit par là que dans les pupilles moyennes le diamètre égalera la largeur de l'anneau de l'iris (4 mill. en moyenne d'après Sappey, Cruveilhier, etc.); les pupilles rétrécies, sténosées (myosis), seront celles dont le diamètre sera inférieur; les dilatées, élargies (mydriase), celles où il sera supérieur à cette largeur de la zone irienne.

Ce jalon une fois posé, il ne nous reste plus qu'à parcourir le champ si vaste de la médecine légale et à appliquer les notions indiquées à des cas ressortissant au médecin légiste. Nous n'avons pas exploré le terrain bien connu des intoxications, où l'état de la pupille n'est indiqué que pendant la vie; la chose ne l'est peut-être pas autant après la mort et, dans nos recherches bibliographiques, nous ne l'avons pas vu mentionner. Mais il nous souvient d'un fait particulier dont nous fûmes témoin. Il fait le sujet de l'*Observation I.*

Dans ce cas, s'il eût été possible de soupçonner la nature du poison pendant l'agonie ou le rétrécissement punctiforme de la pupille, la chose eût été absolument impossible après la mort, cette modification n'ayant pas persisté. C'est du reste à cet avis que se range le Dr Drouin, du Mans, dans une thèse fort remarquable par le nombre de faits (*De la pupille, anatomie, physiologie, séméiologie, 1876*), à laquelle nous renvoyons pour tout ce qui concerne la bibliographie. Cet auteur ne fait qu'une réserve : c'est pour le cas de persistance *post mortem* de causes mécaniques de mort violente. Encore cette réserve n'est-elle fondée que sur un seul fait, la dernière observation de cette thèse (*Observation II* de notre travail). C'est dans ce recueil que nous aurions voulu puiser abondamment, mais l'état de la pupille après la mort n'est indiqué que dans un autre cas (*Observation III*).

Enfin, dans un Mémoire sur un signe de l'agonie, par J. Parrot (*Arch. de phys.*, t. LXXII), tiré de l'affaissement de l'épigastre et des hypocondres au moment de l'inspiration, nous résumons deux observations (*Observations IV et V*), et c'est au Traité du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophtalmoscope, de J. Bouchut, que nous faisons le dernier emprunt (*Observation VI*).

Nos observations personnelles, sans compter la première de ce travail, sont au nombre de six : trois ont été recueillies à la Salpêtrière, dans des services d'aliénés, en 1876 ; dans ce nombre, deux nous furent dictées en grande partie par M. le Dr Aug. Voisin, dont nous nous honorons d'avoir été l'interne (*Observations VII et VIII*).

Les trois dernières, — et nous aurions pu en fournir une foule de semblables conduisant au même résultat, — proviennent du service de notre excellent maître, M. le Dr Bouchut, hôpital des Enfants malades, et concernant des maladies dissemblables (*Observations XI et XII*).

Tel est le résultat à peu près négatif de ces douze observations. Mettons en regard les faits expérimentaux qui vont suivre :

Dans le courant de 1877, M. le Dr Brouardel, professeur suppléant du cours de médecine légale, eut l'extrême obligeance d'instituer à l'École pratique, pour les élèves, une série d'expériences destinées à montrer les lésions immédiates dans le cas de morts violentes chez des animaux.

Première expérience. — Un chien est suffoqué par un masque de poix dont on lui enduit les ouvertures naturelles de la face.

Deuxième expérience. — Un autre est pendu.

Troisième expérience. — Chien étranglé par un lien circulaire.

Quatrième expérience. — Enfin, un quatrième est noyé dans un baquet rempli d'eau, avec cette particularité qu'une corde passant dans un anneau situé au fond du baquet l'empêche de revenir à la surface.

A l'autopsie de chacun d'eux, le savant professeur nous fit constater la présence d'ecchymoses plus ou moins caractérisées à la surface pulmonaire.

Mais ce que nous tenons à mettre en relief ici, c'est que, chez aucun des quatre chiens tués par autant de variétés de mort violente, la pupille n'était rétrécie après la mort. Les pupilles étaient toutes moyennes ou dilatées, selon le sens précis que nous avons attaché à ces termes.

Du reste, dans leur article : Recherches sur la mort par submersion (*Ann. d'hyg. et de méd. lég. de 1877*, t. XLVIII, p. 344), MM. Bergeron et Montano, se fondant à la fois sur l'observation et l'expérience, disent aussi : « Dans ces cas (mort par syncope), la dilatation des pupilles sera pour la face le seul indice extérieur de la submersion. Cette dilatation est constante dans la mort par submersion : il ne faudrait pas pourtant y attacher une trop grande importance, car on la rencontre souvent dans les cas de mort naturelle, et plus souvent encore dans les morts violentes ; on ne saurait donc reconnaître à ce signe la valeur considérable que lui accordent plusieurs auteurs. »

Puisque la pupille se trouve, après la mort, presque toujours moyenne ou dilatée, et qu'un tel état est possible durant la vie, on ne peut que renverser

la proposition et dire que la pupille ne sera pas rétrécie sur le cadavre. En outre, son degré d'ouverture ne paraît pas, au moins jusqu'à nouvel ordre, sous la dépendance du processus morbide qui a conduit au terme fatal.

Mais si la réponse de la pupille semble faire un peu défaut et qu'on ne puisse dire ici avec Guéroult : « La pupille est la fenêtre de l'âme » ou de la vie qui n'existe plus, l'œil tout entier est bien plus éloquent; c'est là qu'intervient le nouveau signe ophtalmoscopique de mort; décoloration immédiate de la rétine et de la pupille, devenant indistincte, dont la découverte est à l'honneur de M. Bouchut (1866, *Diagnostic des maladies du système nerveux*, p. 456). Ainsi se trouve justifiée la pensée cicéronienne : *oculi quasi fenestræ animi.*

A la suite de cet exposé, il nous semble que toute conclusion, même négative, serait prématurée, sans l'appui de recherches ultérieures encore plus variées, et ce n'est que sous toutes réserves que nous concluons, après avoir remercié les membres du Congrès de leur sympathique attention :

1° Si le rétrécissement de la pupille coïncide avec l'agonie (M. Bouchut), l'état moyen ou dilaté de cet orifice peut, dans la plupart des cas, être considéré comme l'un des signes de la mort;

2° Mais, dans l'état actuel de la science, on ne saurait, de l'état presque toujours moyen ou dilaté de la pupille, inférer la cause de la mort.

Observation I (personnelle). — Le sujet est à la dernière phase ou période asphyxique d'une intoxication dont il est presque impossible de reconnaître la nature. Notons cependant qu'avec une cyanose faciale exagérée coexiste une sténose très considérable des pupilles. Les autres symptômes sont : respiration stertoreuse et précipitée, perte de connaissance, paralysie complète du sentiment et des mouvements reflexes, pouls très fréquent. Durant plus d'une heure, tous les agents usités en pareil cas contre l'asphyxie (frictions, embrocations énergiques et étendues, saignée générale, trachéotomie avec insufflations d'air naturel et puis d'oxygène pur) sont mis à contribution par les internes en médecine. Un instant, la pénétration de l'oxygène dans les poumons rendit à la face une légère coloration rougeâtre; mais celle-ci ne fut pas de longue durée. Les pupilles sont encore rétrécies. Enfin le pouls et la respiration cessent et à la mort apparente succède la mort réelle. Au moment même où celle-ci survint, les pupilles se dilatèrent démesurément. Des renseignements ultérieurs nous apprennent que la substance vénéneuse était du laudanum à haute dose.

Observation II (Drouin, p. 381). — *Résumé.* « C'est grâce à ce signe très prononcé (coloration violacée de la face et rétrécissement des pupilles) que j'ai pu reconnaître un cas de mort violente chez une aliénée qui s'était étranglée dans sa camisole. »

Observation III (Drouin, p. 280, 4 janvier 1876). — *Résumé.* Hémorrhagie protubérantielle et méningée (cérébelleuse), soixante-six ans, femme. « Les pupilles sont égales et réduites à un point (1/2 millimètre). — 9, mort. — 11, autopsie. Les pupilles sont dilatées sur le cadavre (3 millimètres environ). »

Observation IV (Parrot). — *Résumé.* Pneumonie compliquée de gangrène du tégument de la cuisse, soixante-dix ans, homme. « Agonie. Les pupilles sont contractées et complètement insensibles à l'action de la lumière. Au moment où le malade rend le dernier soupir, les pupilles se dilatent. »

Observation V (Parrot). — *Résumé.* « La période agonique d'un phtisique adulte

est caractérisée de la manière suivante : rétrécissement des pupilles, etc. Dans les derniers instants, les pupilles se dilatent graduellement. Enfin les pupilles se dilatent démesurément. »

Observation VI (Bourfort, p. 457). — *Résumé.* Croup. « Trachéotomie le 15 août chez un enfant. A l'instant de la mort (20 août), relâchement du sphincter pupillaire, etc., disparition de la pupille et des vaisseaux de la choroïde. »

Observation VII (inédite, de M. le Dr Voisin). — Méningo-encéphalite chronique première période : démence, hallucination, inégalité pupillaire, mort subite, autopsie, pupilles égales et peu dilatées.

1876, 19 janvier. (Sainte-Anne.) Est atteinte de léger affaiblissement des facultés avec idées de persécution et alternatives d'excitation et de dépression. Attaque d'hémiplégie. En état d'être transférée.

23 janvier. (Immédiat.) *Est atteinte de méningo-encéphalite chronique; inégalité des pupilles.* Perte de l'odorat. Atonie de la langue. Débilité intellectuelle. Hallucinations.

24 janvier. Cheveux noirs, peau brune, physionomie préoccupée; on la voit de temps en temps marmotter entre ses lèvres. Traits réguliers; front moyen; pupilles égales par moments et, dans d'autres, la droite est plus large. Le poivre mis dans le nez détermine des sensations désagréables; elle dit que c'est de la poussière, mais il est impossible de savoir si elle sait le nom. Elle lit facilement; elle paraît bien entendre. Oreilles symétriques bien faites. La langue tirée hors de la bouche tremble un peu par mouvements vermiculaires. Il n'existe pas alors de tremblements des lèvres. Un à deux ganglions cervicaux postérieurs à gauche. Pas de goître. Tracé du pouls.

Diamètre	antéro-postérieur maximum	184
	pariétal	136
	biauriculaire	124
	temporal maximum	227
	frontal minimum	97
Corde...	iniaque	112
	bregmatique	134
	susnasale	115
	sous-mentale	119

Les dents sont bien placées, orthognathes; voûte palatine bien faite. Valide, maigre, elle sait s'habiller et se déshabiller. Pas de cicatrices ni de tache sur le corps. Membres bien faits. Les mains ne présentent pas de signe de travail.

Le cœur présente un souffle au premier et au deuxième temps, à la base; le premier est doux, peu fort; le second est fort, très prolongé; pas d'irrégularité du rythme; pas de souffle à la pointe. Le pouls est faible; n'augmente pas de force dans la position élevée du bras. Au niveau de la fosse sous-épineuse droite, très peu de sonorité et en même temps quelques râles humides. Pas d'augmentation du foie ni de la rate. Le ventre ne présente pas de cicatrices. Pas d'anesthésie. La pression sur les dernières apophyses dorsales détermine de la douleur. La parole est facile et nette. Elle sait son nom et l'endroit de sa naissance. Elle dit être mariée il y a quarante-cinq ans et ne pas avoir d'enfants; dit que son mari est toujours malade et qu'il demeure près de la Chapelle. Elle dit être malade et montre la partie antérieure de la poitrine; elle dit aussi qu'elle a eu des rhumatismes à New-York et montre ses genoux. Elle dit qu'elle n'est pas malheureuse chez elle et qu'elle vient à l'hôpital pour connaître tout le monde. Elle dit que

deux hommes lui font du mal et elle se met à sourire sans raison apparente. Comme je lui demande si elle entend des voix, elle dit que la voix de l'homme est très forte. Elle a parlé de serpents qui lui montent sur la poitrine. Elle parle presque continuellement tout bas. A ma question pourquoi elle parle bas, elle dit que la médecine parle de poissons rouges, de serpents. La nuit, elle a beaucoup crié et chanté. Elle ne chante pas de chansons connues. On l'a entendue parler de champs de bataille, drapeaux rouges, officiers, têtes de morts, corps d'enfants.

Pas de sang menstruel dans ce moment. Elle a bien mangé. T. A. 37°5, P. 76 à 80. Traitement à l'ergotine.

25 janvier. Pupille et vaisseaux centraux normaux; même degré de dilatation des deux pupilles sous l'influence de l'atropine.

30 janvier. Nous la trouvons dans la cour gesticulant, dessinant des contours du doigt en face du mur.

5 février. Mort subite[1].

6 février. 10 heures du matin. *Autopsie.* Écume à la bouche. La peau et le cuir chevelu de la région occipitale sont fortement injectés et, à la coupe, il en sort beaucoup de sang.

Crâne. Beaucoup de sérosité sanguine sur la dure-mère. La dure-mère incisée, on aperçoit l'arachnoïde et la pie-mère infiltrées de sérosité abondante, louche aussi bien en avant qu'en arrière et sur les côtés. Ecchymose au tiers postérieur de la deuxième frontale droite; au niveau de presque tous les sillons, opacité; sous l'arachnoïde, on aperçoit presque partout un liquide avec l'apparence de l'eau. Adhérence de l'arachnoïde qui couvre le lobe de la partie inférieure avec la dure-mère. Le cerveau enlevé, il s'écoule à peu près la valeur d'un verre à Bordeaux de sang noir, et on en voit couler en assez grande abondance par le canal rachidien. Les méninges de l'espace interpédonculaire sont très épaisses, denses, résistantes, et elles brident les deux moteurs oculaires communs auxquels elles adhèrent fortement.

Les deux nerfs olfactifs sont entourés d'une méninge déjà épaisse, opaline, mais n'y adhèrent pas, et les méninges n'adhèrent pas non plus aux circonvolutions satellites; mais leur tissu se déprime un peu sous un filet d'eau. Les deux optiques paraissent sains. Rien du côté des pathétiques, ni dans la cinquième paire, ni dans les sixième, septième, huitième, neuvième et autres. La méninge qui couvre la protubérance et le bulbe n'est pas épaissie; la protubérance et le bulbe sont bien fermes; les artères de la base ne paraissent pas altérées.

La partie la plus postérieure de la troisième frontale gauche adhère dans un espace de 2 millimètres à la méninge; la même partie de la troisième droite adhère fortement à la méninge, si bien qu'elle va jusqu'à la couche blanche, et le grattage enlève la substance grise et respecte la blanche.

Dans tout le reste de l'étendue de l'hémisphère droit, il n'existe pas d'adhérences, mais le grattage des circonvolutions enlève très facilement la substance blanche dans les frontales, tandis que partout ailleurs la substance blanche résiste, et les substances ne peuvent être enlevées qu'ensemble. Tandis que dans les frontales antérieures la substance blanche a une teinte jaunâtre, partout ailleurs elle est blanche. L'état est le

[1] A quatre heures et demie, la personne de veille aurait constaté qu'elle dormait. A cinq heures et demie, on la trouve morte. A sept heures un quart, le corps est déjà très refroidi, pupilles égales, un peu dilatées.

Signes de la mort. Pas de raideur articulaire. Sur la commissure labiale gauche, traînée d'écume sanguinolente. (Note personnelle.)

même du côté gauche, dans les trois frontales antérieures qui sont seules atteintes, et, parmi elles, la partie postérieure de la deuxième frontale est intacte. Les deux insula n'ont rien.

Il n'existe pas d'hypérémie dans les noyaux du moteur oculaire commun; il existe un granité très fin du quatrième ventricule; les racines de l'auditif ne sont pas couvertes, et près du bec du calamus il y a la sensation d'une langue de chat très nette. Le bulbe incisé à l'union de la protubérance n'a rien : le bulbe ne présente pas d'hypérémie de couches optiques. Injection très forte des ventricules latéraux. *La substance blanche centrale n'est pas hypérémiée; pas de granulations dans les ventricules;* cependant on en trouve dans la substance blanche centrale du lobe occipital droit.

Rachis. La dure-mère spinale adhère très légèrement à la pie-mère postérieure dans la région dorsale; la dure-mère spinale postérieure est un peu hypérémiée en plusieurs points de son trajet. Pas d'hypérémie en avant, et cela est très net sur les points correspondants des deux dures-mères; différentes coupes antéro-postérieures de la moelle ne présentent aucune lésion à l'œil nu.

Examen microscopique (état frais). Substance corticale d'une circonvolution frontale. Vaisseaux capillaires fourrés de globules. Épaississement de la tunique externe avec noyaux, en dehors de quelques vaisseaux, granulations graisseuses. Beaucoup de cellules sont fortement graisseuses (paralysie générale, premier degré); deux sont altérées au deuxième degré.

Abdomen. Les reins sont partout fortement hypérémiés, surtout la substance des pyramides.

Thorax. Le cœur est gros; il a 125 millimètres de haut en bas et 95 millimètres de large.

Le cœur gauche est plein de caillots noirs ; il y a aussi un caillot fibrineux; les valvules aortiques sont un peu ratatinées, dures, épaisses et expliquent l'insuffisance; les parois gauches du cœur sont épaisses; à la base, elles ont 3 centimètres ; à la pointe, 11 millimètres ; non graisseuses.

L'aorte thoracique ne présente qu'une petite plaque jaune sans induration; mais à la partie inférieure de la crosse, il existe une plaque uniforme, large de plus de un centimètre. Pas de tubercule au sommet des poumons.

Observation VIII (inédite, de M. le Dr Voisin). — Ataxie locomotrice. Hallucinations. Paralysie générale. Pupille droite plus dilatée. Mort. Autopsie. Inégalité pupillaire.

Le dossier de la malade renfermait les certificats suivants :

1870, 27 décembre. Manie chronique. Tendance à la démence. Cette malade est extrêmement troublée. Elle paraît avoir été impressionnée par les événements politiques.

Legrand du Saulle.

1871, 28 avril. Affaiblissement des facultés mentales, compliqué de délire hypochondriaque et d'idées de persécution. Troubles de la sensibilité générale; hésitation de la parole; inégalité pupillaire et symptomatique d'une paralysie générale.

Lucas.

(Immédiat.) Est affaiblie dans son intelligence à la suite du délire hypémaniaque et idées de persécution. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Un peu d'hésitation de la parole.

Trélat.

Renseignements du mari. Père bien portant; mère bien portante (non cousins germains).

Mariée à vingt ans, non malade jusque-là; un enfant mort au quinzième jour de convulsions. Il y a dix ans, maladie avec douleurs, surtout des jointures, lancinantes, fulgurantes, accompagnées quelquefois de pronation forcée des mains (pendant une demi-heure); les douleurs n'étaient pas augmentées par l'humidité; fièvre, subdelirium parfois qui a duré depuis avec des intermittences et s'est reproduit par accès durant trois à quatre jours. Traitée par bains divers, friction. Il y a trois ans, perte de la vue de l'œil droit survenue subitement pendant une crise douloureuse. Traitée à ce moment par séton (Desmarres), par bromure (Liebreich). Depuis, continuation des douleurs, sauf depuis un an. Début des troubles intellectuels, il y a un an, par achats singuliers, hors de proportion avec ses ressources, par dires, qu'elle avait des châteaux, par menaces contre son mari, qu'elle a voulu tuer, par refus d'accepter ce qu'il apportait, de lui ouvrir la porte, disant que son mari voulait la tuer, par insomnie, puis par hallucinations de l'ouïe, de la vue.

Son mari a dû la laisser seule au commencement du siège pour cause de son service, et c'est pendant son absence qu'elle est tombée plus malade et fut amenée ici. N'a jamais eu de point fixe vertébral; a eu plusieurs fois des douleurs en ceinture. A été traitée par mercure il y a treize ans (croyance du médecin à syphilis) jusqu'à alopécie, chute des dents, ongles. Non traitée par le phosphore.

1871, 5 juin. Pâleur de la face, physionomie hébétée, strabisme externe de l'œil droit. La vue de l'œil droit est absente. Les pupilles sont inégales, pupille droite plus large que la gauche et, en même temps, elle est un peu perpendiculaire; elle ne voit pas deux doigts à une faible distance; elle ne distingue même pas de cet œil le jour de la nuit; elle a été traitée pour cela par Desmarres; aucune déviation de la langue qui ne tremble pas, ainsi que les lèvres; la force musculaire des membres est normale; il lui est arrivé deux à trois fois de perdre l'urine dans son lit.

Elle parle de mauvais traitements dont elle a été l'objet de la part des médecins; elle parle de bêtes qu'elle a dans la tête, d'araignées qui sont dans sa tête, où elles sont crevées et que son mari lui a fait jeter par une mauvaise femme; puis elle ajoute qu'elle n'en est pas une, mais que son mari le lui a dit. Elle se plaint souvent depuis qu'elle est ici de douleurs vives dans les membres inférieurs; elle cherche souvent à se déshabiller et à se sauver avec un simple jupon, se plaint qu'on lui a volé des caisses, dit que son mari est revenu avec un vaisseau rempli de richesses et que tout cela se trouve dans des caisses qui se trouvent dans les maisons d'Arques; elle ne se croit pas à Paris; elle dit qu'elle a été séquestrée avec de sales bêtes qui lui disaient des mots malpropres. Puis, brusquement, elle quitte sa chaise, va s'asseoir à sa place ordinaire en disant : «Donnez-moi mes effets; je veux m'en aller.» Par moments, elle se met en colère en disant qu'on la laisse tranquille et qu'on l'a battue. Puis, comme une malade aveugle lui fait observer qu'on ne bat personne ici, elle lui intime l'ordre de se taire. Elle se tient assez propre; elle se coiffe elle-même. Les sens de l'odorat et de l'ouïe sont normaux. La parole est parfois ânonnée, traînante. Elle parle d'enfants qu'on lui a volés, de ses nièces qui sont, dit-elle, cachées ici et qu'on ne veut pas lui montrer. (Séton à la nuque, hydrothérapie.)

18 juillet. L'agitation est moindre. Elle raconte que lorsqu'elle est entrée ici, le médecin lui a dit que lorsqu'elle mourrait, tout le monde mourrait. La nuit, elle entend les médecins tourner des roues dont le bruit l'empêche de dormir. (Le séton suppure. Hydrothérapie.)

4 septembre. Hier, elle a fait une échelle (avec une branche d'arbre et un outil) reliée

par des morceaux de branche attachés aux montants avec des lanières faites avec son tablier. Elle me dit qu'elle voulait aller chez elle, qu'on l'a mise ici indûment; mais ne paraît pas avoir d'idée très nette autre que le sentiment vague de la liberté, ou bien elle dissimule. Du reste, elle cherche à simuler et nie avoir fait une échelle.

6 à 9 novembre. Chloral.

2 décembre. Très agitée la nuit. Grande difficulté à faire prendre le chloral.

1875, 22 décembre. L'état n'est pas aggravé. Eschares humides aux pieds. Désordonnée, déchire, mange des ordures. Injurieuse, gâteuse. Cécité absolue à droite, presque absolue à gauche. Atrophie. Pupille droite, gauche.

1876, 5 janvier. Couleur blanc nacré des deux pupilles; les artères centrales ne sont pas voilées. Eschare au sacrum.

8 janvier. Sensibilité musculaire à peu près nulle aux membres. La contractilité est excessivement faible dans les fléchisseurs de la jambe, les longs péroniers latéraux et les muscles de la cuisse. La contractilité et la sensibilité musculaires existent aux membres supérieurs ainsi qu'à la face avec un courant très fort (les deux tiers de la tige étant retirés). Les mouvements reflexes sont presque nuls.

1er mars. Décès à sept heures et demie du matin.

2 mars. *Autopsie.* Sujet très maigre, très émacié. Ventre creux en bateau. Commencement de décomposition cadavérique. Pupilles inégales.

Thorax. On trouve dans la plèvre gauche deux verres de sérosité citrine. A la surface de la plèvre viscérale, du côté gauche, on trouve des fausses membranes peu adhérentes recouvrant particulièrement le lobe inférieur. On en trouve aussi sur le feuillet pariétal. Il n'y a pas de fausses membranes sur la plèvre du côté droit. Pas d'adhérences de la base des poumons au diaphragme.

Poumon gauche. Le sommet et le bord antérieur du lobe supérieur sont peu emphysémateux. Le lobe inférieur est fortement congestionné. Sur plusieurs coupes, on trouve les bronches dilatées et remplies par une matière puriforme et même caséeuse. Par la pression, on obtient, à la partie supérieure de ce lobe, une matière spumeuse, aérée et sanguinolente. A la partie inférieure, on exprime des bronches la même matière, et des vaisseaux du sang noir.

Poumon droit. Le sommet présente des parties emphysémateuses au milieu desquelles on sent par la palpation des parties indurées. A la coupe, on voit des masses caséeuses, et même de véritables concrétions calcaires autour desquelles on peut observer de petites granulations miliaires tuberculeuses. Le lobe postérieur est le siège d'une forte congestion, la surface de la coupe est rouge, rutilante, mais les bronches paraissent moins dilatées que dans le lobe gauche, ne renferment pas de matières puriformes, et, par la pression, on en fait sourdre une matière aérée et sanguinolente.

Cœur. A l'ouverture du péricarde, on constate un demi-verre de sérosité citrine dans cette séreuse.

Le cœur est petit et ferme. Il existe à sa surface une masse gélatineuse, lobulée, occupant particulièrement le sillon auriculo-ventriculaire antérieur, embrassant l'origine de l'aorte et de la veine cave supérieure, recouvrant l'auricule droite et se prolongeant sur le bord droit du cœur et sur la face antérieure du ventricule droit jusqu'à la pointe de cet organe. Cette matière gélatineuse existe aussi en arrière, au niveau de la moitié

gauche du sillon auriculo-ventriculaire; elle paraît constituée par l'infiltration séreuse du feuillet viscéral du péricarde. Les vaisseaux de la surface sont fortement congestionnés et apparaissent comme des cordons sinueux et assez fortement saillants. Cela est surtout sensible pour les vaisseaux coronaires antérieurs, postérieurs, et plus encore pour les vaisseaux qui occupent le bord gauche du cœur. En outre, il existe sur le feuillet viscéral des plaques et des traînées opalines qui suivent particulièrement le trajet des vaisseaux. Au niveau du grand sinus de l'aorte, la surface externe de ce vaisseau est bosselée.

Coupe du cœur. Les parois du ventricule gauche, à la coupe de la pointe, sont épaisses et d'une couleur jaune verdâtre indiquant une altération histologique de la fibre musculaire. Les parois du ventricule droit ne sont pas épaisses, mais présentent la même altération de couleur. Ventricule droit: pas de caillots dans le cœur droit. Quelques plaques nacrées sur les colonnes et sur les lèvres de la valvule tricuspide, surtout antérieures; elles ne sont cependant ni épaissies ni déformées. — Ventricule gauche : quelques caillots récents agoniques entre les cordages et sous la valvule. Il existe, à la commissure droite des lèvres de la valvule mitrale, une plaque blanc jaunâtre non transparente ayant environ 2 centimètres de longueur sur 8 millimètres de hauteur, et qui paraît formée par l'épaississement fibreux du feuillet moyen de la valvule. Le reste de la valvule mitrale est épaissi et blanchâtre. Les bords sont un peu boursouflés et épaissis. Néanmoins, il ne paraît pas exister d'altération incompatible avec le fonctionnement normal de cette valvule. Rien aux valvules sigmoïdes. Léger degré d'adhérence.

Abdomen. Forte injection des vaisseaux mésentériques, surtout veineux. Le foie est congestionné, la rate est assez ferme, le rein gauche a un volume normal, sa surface est lisse. A la coupe, on voit assez nettement la séparation des deux substances. La capsule s'enlève facilement. A la surface de la corticale, on voit quelques arborisations vasculaires (étoile de Verheyen). Le rein paraît modérément congestionné.

Crâne. A l'ouverture de la cavité crânienne, il s'écoule un peu de sang. Les méninges incisées, on constate que la cavité intra-arachnoïdienne est remplie de sérosité. Il en est de même des anfractuosités cérébrales. Poids de l'encéphale : 950 grammes.

Base. Les olfactifs sont grisâtres, diminués de moitié de volume, ramollis, et adhèrent fortement à l'arachnoïde. Optiques diminués de moitié de volume, aplatis et grisâtres. Oculo-moteurs communs plus petits qu'à l'état normal. Oculo-moteur externe gauche arraché. Rien de particulier dans l'hypoglosse. Fanal et auditif arrachés en partie. Vaisseaux de la base non altérés. Méninges de la base très épaissies, opalines. De même celles qui couvrent la scissure de Sylvius. Adhérence des méninges avec les circonvolutions splénoïdales antérieures, qui sont très molles. Le grattage des circonvolutions enlève très facilement la substance grise et laisse à découvert la substance blanche, qui n'a pas perdu sa couleur.

Le grattage des circonvolutions satellites donne des crêtes très nettes et très résistantes, surtout à gauche; la face postérieure du quatrième ventricule présente une apparence adémateuse tout près du bec.

Le bulbe et la protubérance sont mous. On trouve des hiatus vasculaires dilatés anormalement et entre autres une pléïade en dedans des olives.

Le cervelet est à peu près comme le reste. Il y a adhérence de la substance cérébelleuse avec la méninge. Le corps rhomboïdal ne présente rien de particulier.

Les méninges supérieures sont épaissies et adhèrent dans un grand nombre de points à la substance corticale.

Le grattage des circonvolutions supérieures produit l'arrachement de la substance

grise et de la substance blanche qui sont toutes les deux dans un état de ramollissement très considérable.

Le troisième ventricule est rempli d'une gelée grisâtre.

La commissure antérieure a conservé sa fermeté. Le corps calleux est ramolli. Dans l'épaisseur du trigone, il y a un peu de sérosité. Dans les ventricules latéraux, on ne voit pas de granulations. Les deux couches optiques ne présentent rien de particulier comme hypérémie ni comme teinte; de même dans les corps striés.

Rachis. Les racines médullaires, très ramollies, se détachent à une faible traction.

Les méninges spinales de la face antérieure de la moelle ne présentent rien de particulier; mais celles qui tapissent la région cervicale moyenne ont un millimètre et demi d'épaisseur.

Plus bas, il existe un très grand nombre de fausses membranes entre la dure-mère et l'arachnoïde. A deux travers de doigt au-dessous du renflement cervical, la moelle est ramollie, et dans tout le reste de son trajet, elle est plus petite que normalement. A la coupe, on constate un ramollissement dans la région dorsale. A la région cervicale, la moelle est molle. On ne voit pas trace de dégénérescence grise, ni de plaques de sclérose. Au-dessous de la partie ramollie jusqu'à la queue de cheval, la moelle se tient assez bien. La substance grise centrale est à peine marquée.

Tissu musculaire. Un segment du jambier antérieur droit, atrophié comme les autres muscles, est pâle, d'un rouge très clair, et présente au microscope les altérations de la dégénérescence circuse.

Observation IX (personnelle). — Salpêtrière. Service de M. Moreau (de Tours). Cinquième direction, quatrième section. Aliénés.

Appelé, en décembre 1876, à constater le décès subit d'une femme d'un âge au-dessus de la moyenne, qui était déjà depuis longtemps dans les sections et qui, un instant auparavant, criait encore à tue-tête, nous constatons les faits suivants :

Facies n'a rien de caractéristique. Pupilles égales et moyennes. Légère coloration rougeâtre à la partie inférieure du cou, due au port habituel de la camisole dont la femme était du reste revêtue au moment de sa mort, à cause de son agitation.

Le lendemain, l'autopsie démontra qu'elle avait succombé à une hémorrhagie méningée (région centrale).

Observation X (personnelle). — Angine diphthéritique. Croup? Diphthérie infectieuse. Mort. Pupilles moyennes. Autopsie.

1878, 14 juillet. Antécédents du sujet : bonne santé habituelle; antécédents de la maladie : l'angine daterait de deux jours, mais les phénomènes généraux de cinq.

État actuel. Les amygdales gonflées bouchent l'isthme du gosier; fausses membranes sur la luette et les deux amygdales, surtout à droite. En quatre ou cinq points de la face (deux sourcils et menton), éruption d'eczéma. Émétique, 25 milligrammes.

1878, 15 juillet. Même état. Amygdales ulcérées. Potion avec : cognac, 10 grammes, salicylate de soude, 4 grammes.

Les injections buccales de coaltar saponiné de Lebœuf ne peuvent être pratiquées.

16 juillet. Jetage des narines. Engorgement ganglionnaire cervical. Infection générale. Pas d'accès de suffocation. Très léger tirage.

17 juillet. Mort à midi. Au moment même de la mort, pupilles moyennes. A l'ophtalmoscope, rétines décolorées.

19 juillet. *Autopsie.* Quarante-six heures après la mort. Pupilles moyennes. Encéphale : surface très injectée (artères et veines); état piqueté de la substance blanche centrale.

Foie un peu gras. La rate est un peu décolorée ; à sa surface se voit un semis de points grisâtres paraissant être des tubercules ramollis. A la coupe de l'un de ces points, on trouve la même étendue de lésion en épaisseur; les points sont plus rares à la surface de coupe. La rate est plus molle qu'elle ne l'est d'habitude chez l'enfant. Les reins sont un peu congestionnés. Pas d'adhérence capsulaire.

Cœur. Paroi saine. Un caillot fibrineux ancien dans le ventricule gauche; valvules sigmoïdes de l'aorte suffisantes, mais colorées en rouge, même après lavage. Nodule d'Arantius fortement injecté. Surface interne de l'origine de l'aorte un peu rosée.

Poumons. Colorés en rouge noirâtre. Petits carrés rougeâtres à la surface. Des morceaux pris dans les deux points surnagent. Un peu d'écume. La trachée et la bifurcation des bronches présentent une coloration verdâtre; pas d'ulcération. Il en est de même de la surface interne du larynx; en aucun point il n'y de fausses membranes ni d'ulcération.

Observation XI (personnelle). — *Résumé.* (*Prog. méd.* et *Bull. de la Soc. anat.*, séance du 26 juillet 1878.) Phtisie pulmonaire. Abcès du lobe frontal droit à la partie antérieure (écorce et centre ovale) sans symptôme fonctionnel. (Séance de M. le Dr Bouchut.)

1878, 22 juillet. (12 ans.) Quatre heures du soir. Agonie. Pupilles moyennes. Mort à huit heures.

23 juillet. Huit heures du matin. Pupilles très légèrement dilatées.

24 juillet. *Autopsie.* Pupilles légèrement dilatées.

Observation XII (personnelle). — Scarlatine; guérison. Angine diphthéritique infectieuse. Mort. Pupilles moyennes. Autopsie. Antécédents : 1° héréditaires, nuls ; 2° personnels, quelques maux de gorge.

A eu, le 18 juin dernier, la scarlatine, qui a duré huit jours, suivie d'une angine légère pour laquelle elle est rentrée le 29 dans la même salle.

1er juillet. Desquamation scarlatineuse par grandes plaques, à la main, en doigts de gant. Les plaques sont moins larges à la figure. Fond de la gorge rosé. N'est pas gênée pour respirer, ni même pour avaler, quoiqu'elle ressente, dans ce dernier cas, comme une piqûre. Julep avec salicylate de soude.

2 juillet. La gorge ne lui pique plus. Va mieux.

7 juillet. Exeat. Guérison.

Début de la maladie actuelle. Il y a deux jours, dernière angine (Ses deux frères ont eu le croup, l'un avant la date de la scarlatine de la sœur, l'autre après. Un seul en est mort, salle Saint-Jean). Deux sœurs ont été atteintes et guéries en même temps d'angine diphthéritique; leur âge était un peu plus avancé.

État actuel. L'enfant revient avec tous les symptômes d'une angine couenneuse. De fausses membranes grisâtres se voient en petite quantité sur les amygdales et la luette.

Peu de dysphagie; les ganglions cervicaux sont légèrement engorgés et la fétidité de l'haleine plus prononcée.

26 juillet. Matin. Même état. Prescription : tartre stibié, 25 milligrammes; julep

avec salicylate de soude. — Soir. Les phénomènes se sont considérablement aggravés ; tout le cou est gonflé. Sur le fond de la gorge, on n'aperçoit qu'une large plaque grisâtre par suite du rapprochement des amygdales et de l'épaississement du voile palatin. Celui-ci et les tonsilles sont entièrement recouverts par la pseudo-membrane. Respiration bruyante.

27 juillet. L'œdème cervical est des plus considérables, sans dyspnée ni accès de suffocation. Haleine très fétide. Il y a du jetage des narines. L'enfant s'affaiblit de plus en plus. (Injection buccale de coaltar saponiné de Lebœuf.)

28 juillet. Mort à neuf heures du matin; à dix heures, pupilles égales et moyennes. Décoloration du fond de l'œil à l'ophtalmoscospe.

29 juillet. *Autopsie.* Dix heures du matin. Pupilles égales et moyennes.

Crâne. Veines méningées gorgées de sang. Une hémorrhagie sous-arachnoïdienne siège à la partie postérieure du lobe pariétal gauche : le caillot non diffluent couvre environ 5 centimètres carrés de surface. Dans l'intérieur du sinus longitudinal supérieur se voit un caillot fibrineux blanc dans toute son étendue. Sang poisseux dans les autres sinus. Pulpe cérébrale un peu ramollie.

Thorax. Coloration rouge des valvules du cœur gauche. Infarctus pulmonaires assez nombreux caractérisés par des plaques noirâtres se plongeant dans l'épaisseur du parenchyme. Pas de fausses membranes sur le larynx et la trachée. Celles-ci sont donc bornées à l'isthme du gosier et aux fosses nasales.

Abdomen. Foie et rate normaux. Reins sains.

M. le Président. M. Galezowski a la parole pour la lecture d'un Mémoire sur :

L'ÉTAT DES PAUPIÈRES APRÈS LA MORT

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

M. Galezowski. Messieurs, invité par notre éminent confrère, M. le Dr Gallard, à donner notre avis sur l'état des paupières après la mort, nous avons tenu tout d'abord à examiner les dossiers judiciaires dans lesquels se trouvent relatées les remarques faites par une commission spéciale et qui ont trait à cette question, et nous avons ensuite comparé ces faits avec ceux que nous avons eu nous-même à constater.

Dans le relevé des trente-quatre cas de mort qui sont joints au susdit dossier, nous trouvons :

1° Neuf cas dans lesquels les paupières étaient complètement fermées au moment de la mort;

2° Onze cas dans lesquels l'ouverture palpébrale, plus ou moins accusée après la mort, ne s'était pas entièrement effacée;

3° Dans six cas, l'ouverture palpébrale, d'abord très manifeste au moment de la mort, s'était peu à peu rétrécie et avait fini par disparaître au bout de quelques heures;

4° Dans quatre cas, les deux yeux s'étaient ouverts au moment de la mort; mais, au bout d'un certain temps, l'un des deux yeux s'était refermé, tandis que l'autre restait ouvert.

Cette inconstance dans les phénomènes prouve d'une manière évidente qu'il n'y a rien de positif à cet égard. Pourtant, si l'on examine chaque cas en particulier, on voit que les paupières restent plus souvent ouvertes après une mort violente ou une mort agitée et là où il y a eu douleur et lutte pendant l'agonie qu'après une mort tranquille, naturelle.

Il y a, en général, antagonisme entre les deux muscles des paupières; mais l'orbiculaire, étant le plus fort, continue à agir, alors que l'élévateur a depuis quelque temps déjà cessé de fonctionner. Mais l'ouverture produite par cet état de choses se prolongera-t-elle pendant longtemps? C'est ce qu'il est fort difficile de préciser. D'abord, il n'y a pas de raison pour que la contraction qui se produit dans l'élévateur de la paupière se prolonge indéfiniment après la mort, car nous savons que, même dans le sommeil, toutes les contractions cèdent d'elles-mêmes.

Ainsi, dans les conditions normales, si les paupières ne se ferment pas immédiatement après la mort, elles doivent finir par se fermer au bout de quelques heures. Il est aussi bien avéré que de fortes émotions, une mort violente, peuvent provoquer des contractions dans l'élévateur palpébral et laisser les yeux ouverts après la mort, comme cela arrive chez les suppliciés; mais quant à la durée de ce phénomène, il est, nous le répétons, impossible de rien préciser. Et puis, qui pourrait nous dire si la mort n'a pas été subite et si elle n'a pas été précédée d'une lutte morale ou d'un effort nerveux?

En face de faits aussi incertains, nous ne pouvons que considérer ce signe comme n'ayant aucune valeur en médecine légale.

M. Devergie, *président*. A l'occasion de la note dont il vient d'être donné lecture par M. le Dr Galezowski et des explications qui l'ont accompagné, je voudrais faire savoir à l'assemblée dans quelles circonstances cette question a été posée.

Je me trouvais dans un dîner de magistrats. J'étais placé à côté d'un juge d'instruction très habile, M. Delahaye, qui, tout en dînant, me dit : « Monsieur Devergie, j'ai été sur le point d'appeler un médecin légiste à l'effet de résoudre une question dans les circonstances que voici :

« Une personne âgée, n'ayant avec elle qu'une gouvernante ou cuisinière, laquelle avait à sa disposition toutes les clefs de la maison, vint à mourir. L'héritier fut prévenu; c'était son neveu, qui, en entrant dans la chambre de la morte, est frappé de cette circonstance qu'elle a les paupières fermées. Et, comme vous le savez, il est d'usage de décéder les paupières étant ouvertes, et les parents les plus proches tiennent à fermer les yeux du défunt. C'est une habitude. Le neveu est donc frappé de ce fait de la fermeture des paupières, en partant de cette idée, de cet usage que les paupières sont fermées ordinairement par les parents. L'héritier se rend près du meuble où devaient se trouver les valeurs mobilières. Il examina le tiroir, il chercha; tout avait été soustrait ou il n'existait aucune valeur. Sur ce fait se fonde immédiatement une

accusation. On dit que c'est la gouvernante qui a dû fermer les yeux de madame et qui a pris ensuite les clefs pour s'emparer des valeurs ou de l'argent contenus dans le tiroir. La plainte est renvoyée au juge d'instruction et, me dit M. Delahaye, j'étais sur le point de consulter un médecin légiste lorsque j'ai eu la preuve que la cuisinière ou gouvernante s'était emparée des valeurs après avoir baissé les paupières de la morte. »

Je dis à M. Delahaye que, s'il m'avait consulté, je n'aurais rien eu à lui répondre, attendu qu'on n'avait pas de renseignements à cet égard. J'ai soumis la question à la Société de médecine légale et, jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu de solution.

C'est sur cette même question que M. le Dr Galezowski vient de vous présenter des explications intéressantes.

La séance est levée à quatre heures trois quarts et renvoyée au lendemain à deux heures.

SÉANCE DU MERCREDI 14 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. DEVILLIERS, VICE-PRÉSIDENT.

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Communications de M. Gallard, secrétaire général. — CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR L'EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES, par M. le Dr Lutaud; discussion : MM. Rottenstein, Lacassagne, Comby, Gallard, Legroux, Lutaud, Devilliers. — CONDITIONS DE LA VITALITÉ DES SPERMATOZOÏDES, AU POINT DE VUE DE LA FÉCONDATION, par M. le Dr Mandl; discussion : MM. Devilliers, Chantreuil. — ESSAI SUR LES APPLICATIONS DE LA LINGUISTIQUE À LA MÉDECINE LÉGALE, par M. le Dr F. Vincent; discussion : MM. Comby, Lagneau, Gallard. — SUR LA VIABILITÉ, par M. le Dr Chautreuil; discussion : MM. Devilliers, Chantreuil, Gallard, Chaudé. — DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PAR LES VOIES NATURELLES SUBSTITUÉ À L'OPÉRATION CÉSARIENNE *POST MORTEM*, par M. le Dr Thévenot; discussion : MM. Devilliers, Thévenot, Chantreuil, Chaudé, Gallard, Comby, Lutaud. — REMARQUE SUR LA TRANSMISSION DES MALADIES VÉNÉRIENNES CONSIDÉRÉE COMME MOTIF DE SÉPARATION DE CORPS, par M. le Dr G. Lagneau. — Clôture du Congrès. Allocution de M. Devilliers, président.

La séance est ouverte à deux heures.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le Secrétaire général pour vous donner communication de la correspondance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. Nous avons reçu de M. le Dr Magitot, l'un de nos adhérents, des brochures que je prie Messieurs les Membres de se distribuer selon le désir qu'ils auront d'augmenter leurs bibliothèques ; c'est, premièrement, douze exemplaires d'un travail sur la *Chronologie des follicules dentaires pendant la série des périodes d'évolution et d'éruption ;* en second lieu, trente exemplaires d'un autre travail sur la *Détermination de l'âge de l'embryon humain.*

Le Dr Bourneville, dont vous connaissez tout le zèle et le dévouement pour notre Société, m'a écrit la lettre suivante :

Paris, le 13 août 1878.

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur et le plaisir de vous annoncer que le Conseil municipal vient d'accorder, sur mon rapport, une allocation de 500 francs au Congrès de Médecine légale.

Agréez, etc.

Signé : BOURNEVILLE.

Je crois qu'il serait bon d'envoyer dès à présent une lettre de remerciements personnels à M. le Dr Bourneville, au nom du Congrès, et d'en envoyer une autre au Conseil municipal quand nous aurons reçu notification de la décision. (Approbation.)

La motion du Secrétaire général est adoptée.

M. le Président. M. Lutaud a la parole pour un Mémoire.

M. Lutaud lit un Mémoire dont voici le titre :

UNE QUESTION DE MÉDECINE LÉGALE

RELATIVE À L'EMPLOI DES AGENTS ANESTHÉSIQUES.

Messieurs, le 13 mai 1878, j'ai eu l'honneur de faire à la Société de médecine légale une courte communication sur les questions de responsabilité médicale relatives à l'emploi des agents anesthésiques.

Cette communication fut alors l'objet d'une courte discussion dans laquelle d'autres questions importantes furent soulevées. Je viens aujourd'hui soumettre à votre appréciation un certain nombre de propositions se rapportant toutes plus ou moins directement à la pratique de l'anesthésie chirurgicale.

Voici les plus importantes :

1° L'emploi des anesthésiques constitue-t-il un acte d'exercice médical dans le sens de la loi ; les personnes qui administrent ces agents sans être légalement autorisées contreviennent-elles à la loi de ventôse?

2° L'officier de santé peut-il pratiquer l'anesthésie dans un but chirurgical?

3° Le médecin engage-t-il sa responsabilité lorsqu'il administre un anesthésique sans avoir pris les précautions nécessaires et que la mort du malade en est la conséquence?

4° L'individu placé sous l'influence d'un agent anesthésique peut-il éprouver des sensations voluptueuses et érotiques qui peuvent devenir la base d'une accusation contre le médecin qui pratiquait l'anesthésie? Une femme peut-elle, à son insu, être l'objet d'attentats impudiques pendant l'anesthésie?

J'ai tenu à bien préciser la nature de ces questions et à ne traiter que les points relatifs à l'anesthésie chirurgicale. J'ai laissé de côté d'autres points qui ont déjà été antérieurement traités et je me suis surtout attaché à soulever des questions de responsabilité.

I. La première question se rapporte surtout à l'emploi des anesthésiques par les dentistes, et plus particulièrement au protoxyde d'azote dont l'emploi tend de plus en plus à se généraliser dans la pratique de la chirurgie dentaire.

Je n'ai pas l'intention d'accuser ce nouvel agent anesthésique dont j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'apprécier l'innocuité relative; mais un fait qui nous a récemment été communiqué par les journaux de médecine anglais prouvent cependant que ce gaz peut produire la mort subite chez certains individus

atteints d'affections organiques. Ce fait présente un intérêt d'autant plus grand que la personne qui a succombé pendant l'anesthésie était un membre de notre profession, M. George Harrison, qui exerçait avec distinction la chirurgie à Manchester.

Notre confrère, qui souffrait depuis trois mois d'un abcès alvéolaire qui ne lui laissait ni appétit ni sommeil, se rendit chez un dentiste du voisinage et insista pour être placé complètement sous l'influence du protoxyde d'azote. Le dentiste se rendit à ce désir et, assisté par un domestique, il administra le gaz jusqu'à complète anesthésie et enleva les deux dents malades. L'opération n'avait demandé que deux minutes et elle était à peine terminée que le dentiste s'aperçut avec inquiétude de l'état comateux dans lequel se trouvait son patient.

Il s'empressa de lui donner des soins et d'envoyer chercher un médecin qui malheureusement ne put que constater la mort.

Une enquête judiciaire eut lieu et, à l'autopsie qui fut pratiquée par les médecins de l'infirmerie royale de Manchester, on trouva une grande accumulation de tissu graisseux dans le médiastin antérieur et sur le péricarde; le cœur était hypertrophié et friable; les valvules mitrales et aortiques étaient très épaissies et les parois aortiques étaient tapissées d'un dépôt athéromateux. Le foie était hypertrophié et présentait un commencement de dégénérescence graisseuse. Le jury rendit le verdict suivant : *Mort par syncope pendant l'administration du protoxyde d'azote chez un sujet atteint de dégénérescence graisseuse du cœur.*

Au point de vue scientifique, cette observation ne nous apprend rien et ne fait que confirmer ce que nous savions déjà sur le protoxyde d'azote, à savoir que ce gaz, administré à l'état impur et chez certains individus atteints de lésions organiques, peut produire instantanément la mort par asphyxie ou par syncope.

Mais si ce fait ne permet pas de tirer aucune conclusion scientifique, il soulève une importante question de responsabilité médicale et appelle notre attention sur les conditions dans lesquelles le protoxyde d'azote est employé par les médecins et surtout par les dentistes. Il résulte, en effet, de l'enquête judiciaire provoquée par la mort de M. Harrison que l'administration du gaz n'avait pas été entourée de toutes les précautions voulues. Que dire, en effet, d'un dentiste qui, assisté seulement d'un domestique, plonge son malade dans une anesthésie profonde sans s'être inquiété de l'état du cœur? Il y a donc là un fait grave qui engagerait certainement la responsabilité du dentiste anglais s'il n'était pas à l'abri derrière ce rempart infranchissable qu'on appelle l'« usage ». L'usage veut qu'en Angleterre, en Amérique et même en France, le protoxyde soit personnellement administré par des milliers de dentistes qui n'ont aucune connaissance médicale et qui ignorent même les propriétés toxiques de l'agent qu'ils emploient et les conditions qui peuvent rendre cet emploi moins dangereux.

Ce que les plus habiles chirurgiens ne font q'navec de grandes précautions, un individu non diplômé le fait tous les jours sans la moindre appréhension. Nous savons, il est vrai, qu'un certain nombre de dentistes, soucieux de la vie

de leurs patients, entourent l'anesthésie des plus grandes garanties; mais il est bien permis de ne pas être rassuré sur le sort des opérés quand on pense que le premier venu peut préparer et administrer un agent thérapeutique aussi actif que le protoxyde d'azote.

Si le dentiste de Manchester eût exercé en France, il est du reste probable qu'il n'en eût pas été quitte pour un simple blâme du *coroner*. Un arrêt, rendu le 8 avril par le tribunal de Lille, interdit aux dentistes l'anesthésie par le chloroforme, et il est plus que probable que cette interdiction s'étend à tous les anesthésiques.

« Attendu, dit cet arrêt, que le 1er février 1873 X..., dentiste à Lille, a employé le chloroforme pour une opération dentaire; que le 27 du même mois il a eu de nouveau recours au chloroforme dans les mêmes circonstances et pour la même personne; attendu que l'emploi du chloroforme, qui est tout à la fois un médicament, une substance vénéneuse et un agent anesthésique d'une grande énergie, constitue nécessairement un acte d'exercice de la médecine; que X..., ne justifiant d'aucun diplôme, n'avait pas qualité pour en faire usage; qu'il a ainsi, à deux reprises différentes, exercé illégalement la médecine; attendu que, le 27 février, l'inhalation du chloroforme a causé la mort de la dame C...; que cette opération, qui avait pour but de provoquer l'anesthésie, est essentiellement différente des opérations réservées aux dentistes; qu'elle exige des précautions et des connaissances spéciales et qu'elle est exclusivement du domaine de la médecine et de la chirurgie; qu'en se livrant à cette opération sans être muni d'un diplôme, X... a manqué à l'observation des règlements; qu'il a de plus commis une imprudence en ne demandant pas le concours d'un médecin, et une négligence en ne se préoccupant pas suffisamment, pendant le cours de l'opération, de l'état des organes de la respiration et de la circulation, au point de vue des conséquences que pouvait produire l'anesthésie..... »

Ce dentiste a été condamné à deux amendes de 15 francs chacune pour l'exercice illégal de la médecine, et à un mois de prison et 500 francs d'amende pour l'homicide involontaire.

Voilà un arrêt qui fixe la jurisprudence sur cette question; mais il n'a malheureusement pas suffi à empêcher l'emploi des anesthésiques par un grand nombre d'individus qui n'ont ni le diplôme, ni les connaissances spéciales nécessitées par ces opérations.

En admettant même que l'opérateur soit muni d'un diplôme régulier et possède toutes les connaissances nécessaires, nous pensons que, *dans aucun cas*, il ne doit administrer le gaz nitreux ou tout autre anesthésique sans être assisté d'un confrère. Tous ceux qui sont familiarisés avec la pratique de l'art dentaire savent que l'administration de cet anesthésique exige le maniement d'appareils relativement compliqués, et que le même individu ne peut à la fois donner le gaz, surveiller le pouls et pratiquer l'opération. L'attention de l'opérateur est forcément divisée par ces occupations multiples, et des symptômes dangereux peuvent se produire au moment où il est dans l'impossibilité de les combattre. On sait en effet que le protoxyde d'azote est surtout remarquable par la rapidité des phénomènes qu'il détermine, phénomènes qu'il importe de surveiller, parce qu'ils ne sont pas progressifs, mais presque toujours instantanés.

II. On s'est demandé également si l'anesthésie devait figurer parmi les opérations interdites aux officiers de santé. Quoique l'anesthésie se rattache presque toujours à la pratique des grandes opérations chirurgicales, nous pensons qu'elle constitue plutôt un acte médical que chirurgical, et qu'à ce titre elle ne saurait nullement figurer parmi les opérations que la loi de ventôse interdit aux officiers de santé. Du reste, l'officier de santé ne saurait pratiquer l'anesthésie chirurgicale qu'à titre d'aide, puisque la loi lui interdit la pratique de l'opération elle-même.

III. Dans la troisième question, nous demandons si la pratique de l'anesthésie n'est pas de nature, dans quelques cas particuliers, à engager la responsabilité du médecin légalement diplômé. Si, par exemple, le médecin néglige d'examiner les organes thoraciques et que le malade succombe pendant une anesthésie que l'état du cœur contre-indiquait formellement, les intéressés ne pourraient-ils pas intenter une action en dommages-intérêts? Nous n'avons pu trouver dans la jurisprudence française aucun jugement qui pût nous fixer sur cette question, mais les faits abondent à l'étranger, particulièrement en Amérique et en Angleterre. Le fait suivant, qui est tout récent, montre combien la jurisprudence est sévère envers les praticiens qui négligent d'entourer l'anesthésie de toutes les précautions nécessaires.

Un médecin légalement diplômé, qui exerçait honorablement la profession de dentiste à Philadelphie, était appelé, le 2 avril dernier, à répondre du crime d'homicide commis sur la personne de Mme Neely. Interrogé par le Dr Chapman, président de la commission d'enquête, il déclare que, le 20 mars 1878, il avait, sur la demande de la malade, administré le chloroforme pour une extraction dentaire. Après l'avulsion d'une première dent, l'anesthésie fut continuée pour en extraire une seconde. L'opération était terminée lorsqu'il s'aperçut que la malade ne respirait plus. Il eut alors recours à tous les moyens usités en pareils cas : respiration artificielle, électrisation, etc., mais il fut impossible de rétablir les fonctions vitales. Avant de commencer l'anesthésie, il avait demandé à la malade si elle jouissait habituellement d'une bonne santé; se contentant d'une réponse affirmative, il avait négligé d'examiner par l'auscultation les organes de la respiration et de la circulation.

A l'autopsie, pratiquée par le Dr Chapman, on avait constaté un commencement de dégénérescence graisseuse du cœur et une légère altération des valvules. Le poumon et les autres organes étaient sains.

Tels étaient les faits reprochés au Dr Winslow. Après avoir longuement délibéré, le jury, presque entièrement composé de médecins, rapporta un verdict de culpabilité. Aucune caution ne fut acceptée, et notre malheureux confrère devra subir une prison préventive en attendant sa comparution devant le grand jury, où il sera très probablement condamné. S'adressant à l'accusé, le Dr Gilbert, qui présidait le jury, prononça les paroles suivantes : « Votre culpabilité ne provient pas seulement d'avoir employé le chloroforme dans un cas où il n'était pas indiqué, mais elle réside surtout dans le fait de n'avoir pas préalablement examiné les organes respiratoires et circulatoires de votre malade, ainsi que cela doit toujours avoir lieu. »

Nous ne pensons pas que les tribunaux français puissent envisager la question au même point de vue que les tribunaux américains, et nous sommes loin de nous en plaindre. Nous croyons néanmoins que le médecin qui administrerait le chloroforme pour une opération de peu d'importance, sans être assisté d'un confrère et sans avoir examiné les organes thoraciques, commettrait un acte de coupable négligence et engagerait sa responsabilité. Nous pensons même que, en cas de mort, les parents de la victime seraient autorisés à introduire auprès des tribunaux une action en dommages-intérêts.

IV. Nous venons de dire que le médecin qui emploie le chloroforme ou l'éther sans être assisté d'un confrère s'expose à de graves inconvénients. Indépendamment de la responsabilité qui pèse sur lui, il peut être en proie à des accusations causées par la malveillance des malades sur lesquelles il opère. Quoique ce dernier danger puisse paraître imaginaire, il est certain que des médecins très honorables ont été accusés d'avoir pratiqué des attentats à la pudeur sur leurs clientes anesthésiées. Il y a quelques mois à peine, un médecin anglais d'une honorabilité incontestable paraissait devant la cour de Northampton, accusé d'avoir violé Mme Harriett Child, qu'il avait chloroformée pour une opération de peu d'importance. Notre confrère fut acquitté, mais il avait payé de deux mois de prison préventive l'imprudence d'avoir administré un agent anesthésique sans être assisté d'un confrère.

Plus récemment encore, un dentiste du quartier du Gros-Caillou, M. Privat, était arrêté sous la prévention d'avoir commis des attentats impudiques sur des malades qu'il avait chloroformées pour des opérations dentaires. Sur ce point la prévention n'ayant pas acquis de preuves, le tribunal a simplement condamné M. Privat à deux amendes pour exercice illégal de la médecine.

Il est permis de se demander, en présence de ces faits, si l'anesthésie ne détermine pas chez la femme aussi bien que chez l'homme des sensations voluptueuses ou une sorte de délire érotique spécial. Cette idée a été sérieusement mise en avant dans le procès qui a été récemment intenté à notre confrère anglais. Il n'est pas rare, en effet, de voir des individus anesthésiés manifester pendant la première période de l'anesthésie chirurgicale des sensations voluptueuses. C'est ainsi que le professeur Courty rapporte le cas d'un militaire qui croyait qu'on le masturbait pendant qu'on pratiquait le cathétérisme. J'ai moi-même observé, à la Maternité de Lyon, une femme qui, étant éthérisée pour la pratique de la version, prenait le doigt de l'opérateur pour un pénis. Mais c'est là un état psychique spécial dans lequel l'imagination traduit en intuitions sensoriales les impressions obtuses que l'opération détermine. De là à un délire érotique spécial à l'anesthésie il y a loin.

En général, le malade continue pendant le sommeil anesthésique la suite des idées qu'il avait avant l'opération, et le délire roule le plus souvent sur les idées qui font le sujet habituel des pensées de l'opéré. C'est ce qui explique les paroles obscènes qui peuvent échapper à une femme pendant le sommeil anesthésique, mais qu'on n'entendra jamais de la bouche d'une jeune fille chaste dont la pensée n'a jamais été impudique.

Cette question des attentats à la pudeur dans leurs rapports avec l'anes-

thésie a déjà été souvent étudiée. Dans un remarquable travail lu à la Société de médecine légale en 1873, M. Dolbeau avait cherché à déterminer s'il était possible d'anesthésier une femme déjà endormie et si l'on pouvait passer sans transition du sommeil naturel au sommeil anesthésique.

Les expériences que cet auteur a rapportées prouvent que la chose est possible, mais que ce résultat ne peut être obtenu que très exceptionnellement. On peut donc non seulement violer à son insu une femme anesthésiée, mais encore, ce qui est plus difficile, l'anesthésier à son insu. Mais c'est là un point sur lequel je ne m'étendrai pas, puisque je dois me borner à l'étude des questions de responsabilité médicale.

Je pense donc qu'il n'existe pas de délire spécial à l'anesthésie, mais qu'il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui manifestent pendant le sommeil anesthésique des sensations et des propos érotiques. C'est particulièrement dans ces cas que le médecin, qui n'a pas su sauvegarder sa responsabilité en se faisant assister d'un confrère, est exposé à des accusations mal fondées.

Je me résume dans les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie par l'éther, le chloroforme ou le protoxyde d'azote est exclusivement du domaine de la médecine et de la chirurgie; elle constitue par elle-même une véritable opération et ne peut être pratiquée que par des médecins légalement reçus.

2° Les officiers de santé peuvent pratiquer l'anesthésie.

3° Le médecin doit considérer comme une règle professionnelle très importante de ne jamais administrer un agent anesthésique sans être assisté d'un confrère, ou, à défaut, d'un aide ou d'un témoin.

4° Les personnes anesthésiées éprouvent fréquemment des sensations voluptueuses, mais on ne saurait admettre qu'il existe un délire érotique spécial à l'anesthésie.

DISCUSSION.

M. Devilliers, *président*. Messieurs, vous venez d'entendre la communication très intéressante de M. Lutaud; M. Rottenstein avait demandé la parole sur ce sujet.

M. Lutaud. Comme secrétaire, je suis chargé par M. Rottenstein de remettre à M. le Président une note contenant ses appréciations.

M. Devilliers, *président*, donne lecture au Congrès de la note de M. Rottenstein :

Monsieur le Président,

J'avais l'intention de prendre part à la discussion qui doit avoir lieu aujourd'hui sur la question de responsabilité médicale que soulève l'emploi des anesthésiques. Mes occupations ne me permettent pas d'assister à cette séance du Congrès. Je prends la liberté de vous faire connaître mon opinion sur cette question, qui a fait l'objet de mes études depuis un grand nombre d'années.

Il existe un certain nombre de chirurgiens qui pensent que les anesthésiques ne devraient jamais être employés dans l'art dentaire; mais ce n'est pas la question, et je crois que la grande majorité des praticiens reconnaît que l'emploi de l'anesthésie est très utile, pour ne pas dire indispensable, dans l'exercice de cette branche de la chirurgie.

Je n'aborderai pas non plus la question du choix des anesthésiques. Je suis, du reste, persuadé que, si un agent devait être autorisé pour les dentistes, c'est certainement le protoxyde d'azote, qui est incomparablement le plus approprié et le plus inoffensif.

J'aborde donc la question, qui est la suivante : Un dentiste qui n'est pas docteur en médecine peut-il employer un agent anesthésique? Je n'hésite pas à répondre : Non. J'ajouterai même que le dentiste, fût-il muni d'un diplôme régulier, ne doit jamais pratiquer l'anesthésie sans être assisté d'un confrère. En agissant seul, le dentiste expose non seulement sa responsabilité en cas d'accident, mais il peut encore être l'objet d'accusations malveillantes de la part des anesthésiés. C'est ainsi que plusieurs de nos confrères ont été accusés d'attentat à la pudeur sur leurs malades.

Veuillez agréer , etc.

ROTTENSTEIN.

Cette note concorde absolument avec les opinions de M. Lutaud. M. le Dr Lacassagne a la parole.

M. LACASSAGNE. Messieurs, vous venez d'entendre une communication bien intéressante de M. Lutaud. Comme il l'a dit lui-même, la question était déjà venue devant la Société de médecine légale; permettez-moi, à mon tour, de vous apporter le contingent de mon expérience personnelle.

Depuis bien longtemps je m'occupe des anesthésies. J'en ai fait le sujet de ma thèse; je me suis anesthésié bien souvent avec le chloroforme, et j'ai eu l'occasion de soumettre à l'Académie de médecine un mémoire sur les faits psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée.

Dans la question soulevée par M. Lutaud, notre confrère s'est placé non pas au point de vue des phénomènes physiologiques produits par les anesthésiques, mais sur le terrain des responsabilités; c'est là qu'il faut le suivre pour répondre à son appel.

M. Lutaud s'est occupé d'abord du choix des anesthésiques et de ceux qui les administrent; en second lieu, des contre-indications qu'il peut y avoir lieu de prendre avant d'employer l'anesthésique, et enfin des phénomènes particuliers qui, chez les femmes, — on pourrait même dire chez les hommes, — peuvent être provoqués par l'action intime des anesthésiques sur les centres nerveux.

En ce qui concerne le choix des anesthésiques, on peut dire d'une manière générale que le protoxyde d'azote semble être l'agent de prédilection des dentistes. Non seulement en France, mais en Angleterre et surtout en Amérique, il est tout à fait en faveur à l'heure actuelle, et la statistique publiée récemment nous le montre faisant sans cesse des adhérents. Le Dr Perrin avait même appelé l'attention sur ce point et posé la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'engager les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, ainsi que les praticiens de grand renom, à employer cet agent. Mais il n'en a rien été, et le protoxyde d'azote reste absolument confiné dans la pratique dentaire.

C'est qu'en effet il a la propriété d'envahir brutalement l'organisme et de s'en séparer pour ainsi dire aussitôt. On raconte que Blondin, qui souffrait horriblement d'une névralgie dentaire, put se faire arracher la dent qui lui

faisait mal, après s'être soumis au protoxyde d'azote, ce qui ne l'empêcha pas, quelques instants après, de monter à des hauteurs extraordinaires et de faire ses exercices sur la corde raide. C'est une preuve certaine que l'impression produite par l'anesthésique sur les centres nerveux n'est pas durable. Quant à moi, qui me suis anesthésié très souvent avec le chloroforme, je sais bien que j'étais malade toute la journée et que je n'aurais pas pu me livrer à des exercices du genre de ceux de M. Blondin, sans prétendre d'ailleurs l'imiter en temps ordinaire. Ainsi, ce qui engage les dentistes à préférer le protoxyde d'azote, c'est qu'ils savent très bien que, si son action est très énergique et peut saisir brusquement un organisme, elle est aussi de courte durée.

Donc, le protoxyde d'azote peut être en effet l'agent spécial des dentistes. Mais ont-ils le droit d'employer cet agent ou tout autre?

On n'a parlé que des dentistes munis d'un diplôme régulier de docteur en médecine ou d'officier de santé; mais il y en a qui exercent l'art dentaire sans être ni docteurs ni officiers de santé. Ce sont des *mécaniciens*-dentistes, qui ont soin de mettre à leur porte un M^n^ pour laisser supposer qu'ils sont médecins; il ont suivi le cours d'un dentiste en renom, après quoi ils ont ouvert un local où ils exercent l'art dentaire. Si nous nous montrons exigeants vis-à-vis des autres, à plus forte raison ne devons-nous pas permettre à ceux-là de manier les anesthésiques.

Le dentiste muni d'un diplôme régulier d'officier de santé ou de docteur peut-il employer les anesthésiques? Oui, comme tout médecin; mais seul, je ne le crois pas, et voici pourquoi : c'est que lorsqu'on fait une opération on exige que l'opérateur soit exclusivement occupé de la besogne qu'il pratique; or l'anesthésie est à elle seule une opération. Comment! vous vous adressez aux centres nerveux, c'est-à-dire à la vie intime par excellence, et vous ne voudriez pas qu'une personne soit exclusivement occupée de surveiller ce qui va se produire dans l'organisme?

J'ai eu occasion de suivre beaucoup de ces opérations. J'étais interne chez M. Sédillot, à Strasbourg, et l'expérience m'a été donnée par M. Eltzer, qui avait anesthésié plus de dix-sept mille personnes et qui était occupé exclusivement de l'anesthésie. Aussi M. Sédillot, qui opérait admirablement, disait : « Ce qui me donne le plus de confiance, c'est que je n'ai pas à m'inquiéter de ce côté-là; je suis assisté d'un homme très habile qui suit tout ce qui se passe sur le malade, et je me trouve débarrassé de la préoccupation d'observer les phénomènes qui se produisent sur les centres nerveux. »

Je crois qu'il faut établir d'une manière certaine que l'anesthésie, étant à elle seule une opération, doit être pratiquée par un individu qui s'en occupe exclusivement, et que, par conséquent, on ne peut pas faire une amputation ou arracher une dent et en même temps être obligé de faire respirer de temps en temps au patient un flacon ou un mouchoir.

Dès lors, les dentistes qui ne sont pas munis d'un diplôme régulier n'ont évidemment pas le droit de pratiquer l'anesthésie chirurgicale; quant aux dentistes officiers de santé ou docteurs, ils ont le droit de recourir à ce procédé, à la condition de se faire aider par une personne qui pratique l'anesthésie, s'ils veulent se réserver exclusivement l'exercice de leur art.

Il y a des contre-indications à l'emploi des anesthésiques qui ont évidemment une grande importance; M. Lutaud a très bien mis ce point en lumière. Du moment qu'une famille a le droit de demander compte à ces médecins de ne s'être point préalablement assuré que le malade pouvait être anesthésié, il serait très imprudent de ne pas recourir à ces contre-indications. MM. Gosselin, Sédillot et tous ceux qui se sont occupés de l'anesthésie chirurgicale, ont très bien démontré qu'elles se trouvaient du côté du cœur; un homme atteint d'une insuffisance aortique est très disposé à la syncope et, dans ces mouvements incohérents que prend le cœur sous l'influence des anesthésiques, il pourrait se produire un arrêt momentané qui déterminerait la mort. Il faut aussi tenir compte de ce qui se passe du côté des poumons, du larynx, en un mot de tout ce qui sert à l'entrée large et béante de l'air dans les voies respiratoires.

Un point sur lequel j'appelle l'attention, et qui a été vivement signalé, c'est l'anesthésie des bègues. Pour ma part, jamais je n'anesthésierai un bègue; outre que ces personnes sont très difficiles à anesthésier, il se produit presque toujours des complications. Les derniers travaux sur le bégaiement ont montré que ce défaut tenait à la mauvaise organisation du pneumo-gastrique; on comprend qu'un agent comme l'anesthésique, qui porte son action sur le noyau d'origine de ce nerf, puisse amener une perturbation complète. Voilà les contre-indications dont le médecin doit s'assurer, et il est coupable s'il néglige de le faire.

En troisième lieu vient une question qui a déjà été discutée à la Société de médecine légale : les femmes, — on pourrait même dire les hommes, — peuvent-elles avoir, sous l'influence de l'anesthésie, des rêves voluptueux?

Il y a deux sortes de rêves, les rêves intracraniens, céphaliques, et les rêves extracraniens, qui naissent sous l'influence des mouvements internes du cerveau, ou sous l'influence des sensations parties de la périphérie qui vont dans certains districts du cerveau commencer à mettre en branle un mouvement cellulaire qui se communique au voisinage.

Il n'est pas douteux que des impressions parties de la périphérie pourront déterminer le rêve érectif. Ceux qui se sont occupés de la question et qui savent de quelle façon les tissus du corps sont annihilés par l'anesthésie ont remarqué que les tissus érectifs sont les derniers à en subir l'influence. Il m'est arrivé très souvent de mettre en érection le mamelon d'une femme pendant l'anesthésie. Il m'est arrivé assez souvent de mettre un animal en érection d'une façon très marquée pendant l'anesthésie. Chez une femme paraissant complètement insensible à la douleur, M. Lutand a constaté que la muqueuse vaginale était très sensible, alors que l'anesthésie s'était déjà produite dans les autres parties du corps. Vous voyez qu'il peut partir des organes génitaux des impressions qui sont capables de porter du côté des centres nerveux des idées qui pourront déterminer des rêves voluptueux et provoquer des paroles qui s'y rapportent.

Je crois que tous ces faits peuvent parfaitement démontrer que les tissus érectiles sont les derniers tissus ou un des derniers tissus pris par l'anesthésie. Voilà donc un point très important qui me paraît établi

Mais de ce qu'une femme a un rêve voluptueux, s'ensuit-il nécessairement que ce soit une impression ou une manœuvre périphérique qui l'ait déterminé? Je ne le crois pas, par cette raison qu'une femme peut très bien avoir un rêve voluptueux sans qu'une sensation périphérique l'ait déterminé; il peut l'avoir été par sa vie ordinaire. Mais ce que je crois aussi, c'est que jamais un anesthésique ne sera capable de déterminer dans le cerveau d'une jeune fille, vierge de toute mauvaise pensée, des idées immorales.

Je crois en avoir dit assez sur ce point, et je conclurai, avec M. Lutaud, que, comme il est nécessaire d'avoir deux médecins pour administrer l'anesthésie, ces deux médecins opérant ensemble pourront affirmer d'une manière certaine que, si la femme raconte, à son réveil, des rêves qu'elle aurait très bien pu éprouver, ces rêves ne sont pas le produit d'une manœuvre immorale.

M. le Président. Je prie les orateurs d'abréger, parce que nous avons encore beaucoup de travaux à finir.

M. Comby, *avocat*. Une des préoccupations des orateurs que vous venez d'entendre est certainement celle qui résulterait du danger qu'il y aurait à ce que les dentistes pussent appliquer le chloroforme. Je réponds que la loi a prévu le cas. Et en effet le dentiste, qui dernièrement avait d'abord été arrêté sous la double inculpation d'attentat à la pudeur et de viol, a passé en police correctionnelle pour exercice illégal de la médecine. Par conséquent, les dentistes qui appliquent les anesthésiques tombent sous le coup de la loi.

Un Membre. Quand ils ne sont pas docteurs, bien entendu.

M. Comby. Tout à l'heure, je vais examiner la responsabilité qui incombe aux docteurs.

Quant aux sensations voluptueuses dont il a été parlé, je ne crois pas que la science ait encore découvert qu'il en existe et, si elle les a recherchées, c'est uniquement pour expliquer comment une prévention pour tentative de viol peut arriver à se formuler, et comment une jeune fille, qui est entrée chez un dentiste pour une opération qui a nécessité l'anesthésie, en est sortie en formulant de la meilleure foi du monde cette accusation. Je ne crois pas que sur ce point on soit arrivé à la certitude. Ce qu'il y a de certain, c'est que la femme qui est soumise à l'application du chloroforme croit, en se réveillant, qu'elle a été victime de quelque attentat, non pas parce qu'elle aura éprouvé une sensation voluptueuse, mais parce qu'elle se sera réveillée dans cet état, qui est pour ainsi dire nécessaire aux bonnes conditions de l'opération, à savoir que le médecin dégage le corsage de la femme, et cela uniquement parce que, pour leur faciliter la respiration et leur donner de l'air, cela lui paraît utile. Voilà comment l'imagination de quelques jeunes filles qui se trouvaient dégrafées à leur réveil a pu les porter à penser que le dentiste avait commis sur elle des faits d'une gravité exceptionnelle.

Il y a eu plusieurs dentistes arrêtés sous cette inculpation, et je puis bien dire qu'il y a en ce moment une affaire extrêmement grave qui doit se juger devant la cour de Rouen, et dans laquelle un dentiste est accusé d'avoir commis une tentative de viol sur une jeune fille qu'il aurait anesthésiée à l'aide du

chloroforme. Plus récemment, et pour parler des faits qui sont maintenant du domaine de la jurisprudence, le dentiste de Vaugirard dont il a été question était accusé, par dix-huit jeunes filles qui étaient allées se faire soigner chez lui, d'avoir tenté de les violer et de s'être livré à des attouchements scandaleux. C'était une prévention extrêmement lourde; le magistrat chargé de l'instruction devait évidemment conclure à l'emprisonnement de cet homme à Mazas, car il y avait dix-huit témoignages contre lui. Au cours d'une instruction très laborieuse, M. le Dr Blanche a été chargé de rédiger un rapport. Dans ce rapport, dont je n'ai pas ici les termes, il a examiné les diverses questions que les orateurs qui m'ont précédé viennent de traiter. Il a parlé des sensations voluptueuses, et je crois qu'il était dans le vrai quand il a dit qu'au point de vue de la science il n'était pas possible d'affirmer qu'un anesthésique produisît directement ces sensations. Il est encore plus dans le vrai quand il pense que c'est évidemment l'imagination des jeunes filles qui a pu leur faire penser qu'elles avaient été victimes d'une tentative de viol. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à la suite de ces dix-huit témoignages on n'a découvert aucune espèce de trace de tentative, et cet homme a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu; mais il a été condamné pour exercice illégal de la médecine.

Voilà les faits que je désirais rappeler au Congrès et que je soumets à ses appréciations.

M. Gallard. La question est très complexe. D'abord, il y a ce premier point, de savoir qui a le droit d'administrer les anesthésiques. Pour moi, je n'hésite en aucune façon à dire que les docteurs seuls ont autorité et qualité pour cela. (Réclamations de M. Chaudé.) J'en demande bien pardon à M. Chaudé, toutes les opinions peuvent être discutées; celle-ci est la mienne, et j'essayerai de l'édifier, sinon sur des arrêts, au moins sur des raisons médicales.

Je ne connais rien qui puisse faire courir un danger plus immédiat, plus certain, plus sérieux à un individu que l'administration des anesthésiques, quel que soit celui qui les emploie. Par conséquent, il y a danger de mort immédiate par suite de l'acte médical ou chirurgical, si vous voulez, auquel on se livre. Or, j'ai établi que le législateur, lorsqu'il a dit que les officiers de santé ne pourront pas pratiquer les grandes opérations chirurgicales sans l'aide et l'assistance d'un docteur là où il y a un docteur en médecine, avait sous-entendu qu'ils ne pourraient pas entreprendre le traitement des maladies graves et sérieuses qui peuvent compromettre la vie.

Seulement, comme il n'y avait aucun moyen de s'y reconnaître et qu'on ne pouvait pas dire à un officier de santé : « Monsieur, vous avez traité une pneumonie grave, un rhumatisme qui pouvait causer la mort; vous avez assumé sur votre tête le traitement d'une fièvre typhoïde excessivement grave », on s'est arrêté devant l'impossibilité de faire appliquer la loi, et on a dit : L'officier de santé ne pourra pas pratiquer une grande opération.

Il n'y a qu'à lire, dans le travail que j'ai publié dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* et que j'ai reproduit devant la Société de médecine légale, les considérants du projet de loi et la discussion qui a eu lieu à cet égard, pour être bien persuadé que, dans l'esprit de tous les législateurs, il était entendu

que les officiers de santé ne s'occuperaient que du traitement des maladies banales, de peu de gravité, et que, partout où il y aurait danger de mort, ils auraient soin de s'entourer de l'aide et de l'assistance d'un docteur. Mais en définitive on a maintenu le mot *opération;* eh bien! l'administration du chloroforme est une opération. Ce n'est pas une opération sanglante, mais c'est un acte opératoire se faisant avec la main et par suite duquel l'existence peut être menacée à un moment donné. Je soutiens donc que, dans l'esprit comme dans le texte de la loi, l'administration du chloroforme est interdite aux officiers de santé. Je sais bien que cette interdiction ne signifie rien, qu'il n'y a pas de sanction pénale et qu'il n'y a pas un tribunal qui puisse condamner un officier de santé pour avoir manqué à la loi de l'an XI, qui lui prescrit d'appeler un docteur à son secours. C'est une des lacunes de cette loi; mais enfin il est parfaitement avéré et démontré par la science que l'administration du chloroforme constitue une grave opération et qu'elle devrait être interdite aux officiers de santé, et à plus forte raison aux dentistes qui ne sont munis d'aucun diplôme. Je soutiens donc que les seuls dentistes qui sont munis d'un diplôme de docteur en médecine ont le droit d'appliquer le chloroforme.

Cela dit, reste une autre question que j'ai soulevée le premier à la Société de médecine légale : c'est celle des sensations voluptueuses qui peuvent être éprouvées par les malades soumis à l'administration des anesthésiques et leur faire croire, au réveil, qu'ils ont été l'objet d'attouchements particuliers ayant pu développer ces sensations.

Je partagerai l'opinion de M. Comby sur ce point. L'imagination seule agit dans ce cas. Je veux bien, avec M. Lacassagne, que les personnes qui sont complètement immaculées, qui n'ont jamais éprouvé ces sensations, à quelque degré que ce soit, s'il y en a, et il n'y en a pas, ne les éprouvent pas sous l'influence du chloroforme. Mais ce qu'il y a de bien certain pour quiconque a administré ces anesthésiques, c'est que, pendant la première période, il y a une excitation sexuelle qui est très marquée et qui, chez les femmes surtout, se traduit non seulement par des paroles, mais par des actes, par des mouvements lascifs, qui ne laissent aucun doute dans l'esprit des observateurs.

Or, il n'est pas étonnant que ces personnes qui ont éprouvé ces sensations pendant le sommeil anesthésique, et qui se trouvent à leur réveil dégrafées et les vêtements en désordre, comme cela a eu lieu chez les opérées du dentiste de Vaugirard, soient tentées de venir porter une plainte, sinon une plainte en viol, au moins une plainte en attentat à la pudeur commis sur leur personne pendant le sommeil anesthésique. Ceci est tout naturel. Ces personnes peuvent être de très bonne foi. Elles ont éprouvé, sinon dans leurs organes, au moins dans leur *sensorium*, les excitations dont elles se plaignent. Elles peuvent croire qu'elles sont le fait d'une main criminelle. Les plaintes sont donc très fondées. C'est à nous de dire qu'elles ne reposent sur aucune espèce de base solide et à en exonérer, quand elles n'ont pas d'autre fondement, les individus qui peuvent en être accusés, comme l'a été le dentiste de Vaugirard.

Ceci est un point extrêmement important, qui conduit justement à la recommandation que faisait très bien M. Lutaud aux médecins sérieux, cons-

ciencieux, respectueux de leur dignité personnelle et professionnelle, de ne jamais se livrer aux pratiques de l'éthérisation ou de l'anesthésie sans avoir avec eux soit un aide, soit un témoin. Je dirai même que la présence de cet aide est indispensable, comme le faisait très bien remarquer M. Lacassagne, non seulement pour garantir votre responsabilité morale, mais aussi pour garantir votre responsabilité professionnelle, lorsque vous avez à faire autre chose que de l'anesthésie, c'est-à-dire lorsque le sommeil doit être suivi d'opérations, si peu graves soient-elles. Il est bien certain que pour une opération de l'art dentaire en particulier, il est nécessaire qu'il y ait deux personnes, l'une qui endort et l'autre qui opère. La loi ne fait aucune espèce de recommandation à cet égard; mais en définitive le Congrès a tout intérêt à bien recommander aux praticiens d'éviter de rester seuls en présence du patient qu'ils endorment.

Telles sont les conclusions auxquelles je m'arrête et qui sont du reste tout à fait conformes à celles qui ont été formulées par M. Lutaud.

M. Legroux. Je suis du même avis en ce qui concerne l'utilité du témoin; c'est une mesure de prudence pour le médecin, mais non de nécessité.

D'autre part, je dis que le Congrès ne peut pas suivre l'opinion de M. Gallard quant aux grandes opérations. On ne peut jamais considérer l'administration d'un anesthésique comme une grande opération. Tous les médecins donnent des médicaments qui mettent le système nerveux dans un état de sensibilité (l'opium est de ce nombre) pendant lequel il se produit des phénomènes tels que le malade puisse concevoir des doutes sur la moralité de son médecin. Si l'anesthésie doit être suivie d'une opération, c'est le médecin et non l'officier de santé qui doit les pratiquer. Mais quant au chloroforme, les officiers de santé ont le droit de l'administrer. On ne peut pas changer les termes de la loi pour interpréter l'administration du chloroforme comme une grande opération. C'est l'administration d'un médicament comme l'opium et non une grande opération. C'est à l'officier de santé à avoir assez d'étude pour pouvoir l'administrer dans les conditions favorables pour endormir le sujet. De même encore, si on voulait pousser les choses trop loin, on dirait que l'officier de santé ne peut pas administrer la morphine sous la forme d'injections sous-cutanées, cependant ce ne peut pas être considéré comme une opération.

M. Lacassagne. M. Legroux a parfaitement démontré, il me semble, que M. Gallard s'était un peu avancé en affirmant que l'administration du chloroforme est une grande opération et que, par conséquent, on devait l'interdire à l'officier de santé. Je ne m'arrêterai pas sur ce terrain théorique; je voudrais arriver sur le terrain pratique.

Je demande à M. Gallard, qui conclut à ce qu'il y ait deux aides, s'il serait possible de trouver partout deux docteurs en médecine pour répondre aux besoins auxquels il veut donner satisfaction. Le docteur, dans beaucoup de campagnes, est obligé de se faire assister d'un confrère; les officiers de santé également. Dans ces conditions, il n'y aurait pas avantage à les priver de l'administration des anesthésiques.

M. Gallard. Il est évident que le docteur en médecine couvre l'officier de santé de son manteau; il n'y a donc pas besoin d'en avoir deux; mais s'il n'y a pas besoin d'un docteur pour arracher une dent, il en faut un pour administrer le chloroforme ou pour l'autoriser. C'est là, comme je le disais tout à l'heure, une appréciation personnelle à propos de laquelle je suis très net, et je crois qu'on arrivera difficilement à changer ma conviction.

M. Lutaud. Pour l'officier de santé il n'y a pas lieu de discuter. Il ne peut pas donner l'anesthésie. Pourquoi la donnerait-il? pour une grande opération? Il n'a pas le droit de faire cette opération. Le dentiste, officier de santé ou non, ne peut pas pratiquer l'anesthésie. C'est là la question fondamentale.

M. Gallard. M. Lutaud se trompe sur notre interprétation. Je prétends comme lui que l'officier de santé dentiste n'a pas le droit de chloroformer, mais que le dentiste-docteur a le droit de le faire, et tous les dentistes, même non officiers de santé, ont le droit d'extraire les dents.

Maintenant, M. Comby a fait remarquer que le dentiste de Vaugirard a été puni pour exercice illégal de la médecine. Cependant il n'était pas officier de santé.

M. Comby. Vous parlez des dentistes.

M. Gallard. Il y a trois sortes de dentistes. Il y a le dentiste-mécanicien, le dentiste officier de santé et le dentiste-docteur. Le docteur seul a le droit d'employer le chloroforme. Voilà mon opinion; elle est bien nette, elle ne prête pas à l'ambiguïté. Acceptez-la ou repoussez-la; mais elle est telle.

M. le Président. Il est temps de clore ces discussions, parce qu'elles pourraient nous entraîner trop loin. Je crois qu'il faut les résumer de cette façon. D'abord on ne doit permettre l'emploi des anesthésiques à aucune personne qui ne soit diplômée. Ensuite, il faut que les anesthésiques soient employés en présence d'une autre personne; il y aurait ainsi deux personnes, l'une qui administrerait le chloroforme, et l'autre qui ferait l'opération.

Je donne la parole à M. Mandl pour une communication sur :

LES CONDITIONS DE LA VITALITÉ DES SPERMATOZOÏDES

AU POINT DE VUE DE LA FÉCONDATION.

M. le Dr Mandl. Messieurs, tout ce qui se rattache à la question de la fécondation offre un haut intérêt, non seulement au médecin et au physiologiste, mais aussi, dans certaines circonstances, au légiste.

La part que prend chacun des parents au développement du nouvel être et les conditions sous lesquelles leur influence peut et doit s'exercer sont encore enveloppées, pour la plupart, d'une telle obscurité que chaque nouveau fait capable de jeter quelque lumière sur ces questions mystérieuses doit être recueilli et porté à la connaissance des juges compétents.

1° C'est un fait généralement admis, depuis les recherches de Prévost et Dumas, que le sperme doit ses propriétés fécondantes à la présence des spermatozoïdes. Tandis que le sperme des animaux n'en contient qu'à l'époque du rut, celui de l'homme adulte, qui peut féconder la femme en toute saison, présente en tout temps des spermatozoïdes, à la condition toutefois que les organes génitaux se trouvent à l'état normal et ne soient le siège d'aucune altération quelconque.

2° Dans ces deux cas, les spermatozoïdes peuvent être altérés dans leur développement, ou varier dans leur quantité, ou manquer complètement. Examinons chacune de ces modifications et celle aussi qui peut être déterminée par l'âge.

3° On ne sait pas encore exactement, du moins en ce qui concerne l'homme, l'influence que peut exercer dans l'acte de la fécondation une altération de forme, déterminée par le *développement incomplet*, comme par exemple dans la spermatorrhée. On est porté à croire que ces spermatozoïdes maladifs, chétifs, rapetissés, sont incapables de féconder; mais ce n'est nullement prouvé. Il est beaucoup plus probable que ces éléments maladifs exercent plutôt une influence sur la qualité de l'enfant qui, à son tour, restera chétif, rapetissé.

Mais je me hâte d'abandonner des considérations qui n'intéressent pas directement la médecine légale, et je ne m'arrêterai non plus à la discussion de la qualité fécondante du sperme dans certaines maladies aiguës, graves, dans la phymie, etc., dans lesquelles la *quantité* des spermatozoïdes peut avoir énormément diminué; qu'ils soient nombreux ou rares, bien ou mal développés, dès que leur présence est constatée, on ne peut contester au sperme sa puissance fécondante.

Lorsqu'au contraire les spermatozoïdes ont complètement *disparu*, il est permis d'affirmer que le liquide spermatique est infécond, stérile. On voit cette disparition s'opérer en présence d'une altération cancéreuse, tuberculeuse, etc. des testicules.

Des recherches contemporaines ont démontré l'absence complète des spermatozoïdes chez les cryptorchides, chez lesquels les testicules, pendant la vie fœtale, ne sont pas descendus dans le scrotum. Enfin, on sait aujourd'hui aussi d'une manière indubitable que les individus qui avaient été affectés d'une double orchite, avec oblitération consécutive de l'épididyme ou des vaisseaux déférents, sont stériles, parce que les spermatozoïdes développés dans les testicules ne peuvent arriver aux vésicules séminales.

4° Ainsi, à l'état normal, dès que l'individu a traversé l'âge de la puberté, le sperme est pourvu de spermatozoïdes et capable par conséquent de féconder. L'absence, au contraire, des spermatozoïdes permet d'affirmer avec toute sécurité que la fécondation ne peut être attribuée à cet individu.

5° Ces conclusions offrent un intérêt pratique dans tous les pays où la recherche de la paternité est permise.

Qu'une jeune fille, par exemple, prétendant avoir été fécondée par un individu dont le sperme est privé de spermatozoïdes par suite d'une double orchite.

lui réclame des dommages-intérêts, le médecin légiste pourrait donner un avis motivé. Toutefois, s'il ne s'agit pas d'un tribunal, si l'on n'est pas forcé de connaître toute la vérité, il est prudent parfois de ménager l'amour-propre de l'homme. Je me suis trouvé dans un cas pareil, chez un individu dont le liquide séminal ne renfermait aucun spermatozoïde, à la suite d'une double orchite, et qui m'annonçait avec joie la grossesse d'une personne dont il était parfaitement sûr.

6° On peut se demander si l'*âge* ne met pas une limite à la puissance fécondante du sperme, et tout d'abord si les spermatozoïdes existent encore aux années avancées de l'existence.

J'ai fait à ce sujet des recherches nombreuses, il y a déjà quelques années, grâce à l'obligeance de M. le professeur Maurice Perrin, qui a bien voulu mettre à ma disposition les organes génitaux d'invalides morts à un âge plus ou moins avancé.

J'ai pu constater chez la plupart de ces individus l'existence de spermatozoïdes jusqu'à l'âge de quatre-vingts et quelques années, spermatozoïdes parfaitement bien développés et, à en juger d'après leur conformation, capables de féconder.

La fécondation opérée par des hommes de cet âge est au surplus admise dans la science, et l'on cite comme preuve de cette paternité tardive l'état souvent décrépit du produit. En effet, dans la fécondation, le spermatozoïde, quelque normal et bien développé qu'il soit, n'est pas l'élément fécondant unique : les liquides dans lesquels il séjourne y prendraient probablement aussi une large part.

7° Dans l'état actuel de la science, la propriété fécondante du sperme paraît donc liée à la présence de spermatozoïdes; on ignore exactement l'influence exercée par le développement plus ou moins complet et par le liquide dans lequel nagent les fils spermatiques.

Toutefois, quelques observations récentes m'ont permis de constater un fait nouveau qui force d'ajouter une condition particulière nécessaire à la fécondation. Je veux parler de la *vitalité* des spermatozoïdes. On sait que ceux-ci se meuvent rapidement dans le sens de la tête et à la manière des serpents. On a calculé qu'en trois secondes ils peuvent parcourir un espace de $0^{mm},1$; au bout de vingt-quatre heures, on les retrouve encore mobiles; quand ils ont été portés par le coït dans les organes génitaux de la femme, ils conservent leurs mouvements beaucoup plus longtemps. Dans le sperme abandonné au contact de l'air, la durée des mouvements des spermatozoïdes n'est que de quelques heures, en maintenant le liquide à la température du corps de l'animal. L'eau, le froid, les acides, etc., arrêtent le mouvement, tandis qu'il persiste dans l'urine.

Les recherches physiologiques démontrent que les spermatozoïdes, grâce au mouvement dont ils sont doués, avancent à l'encontre de l'ovule dans les trompes utérines; Bischoff a retrouvé les spermatozoïdes du lapin encore animés des mouvements spontanés dans les trompes utérines de la lapine, une semaine après l'accouplement.

Une condition essentielle de la fécondation est par conséquent le mouvement vital des spermatozoïdes, qui leur permet de cheminer à l'intérieur des organes génitaux de la femme. Ces mouvements des spermatozoïdes existent-ils toujours dans le sperme au moment de l'éjaculation?

Ceci est admis généralement. J'ai fait cependant une observation par laquelle j'ai pu constater l'immobilité complète des spermatozoïdes au moment même de l'éjaculation. Voici dans quelles circonstances.

Je fus consulté, il y a une quinzaine d'années, par une personne qui allait se marier, pour examiner son sperme afin de savoir si les spermatozoïdes étaient bien développés. Je n'ai pu à cette époque constater aucune altération de ces éléments organiques dans la goutte de sperme desséché qui me fut apportée.

Quelques années plus tard, le mariage étant resté sans progéniture, un nouvel examen microscopique fut désiré. J'ai demandé à pouvoir examiner le sperme immédiatement ou quelques minutes après l'éjaculation. J'ai constaté alors dans le sperme, une minute après son émission, des spermatozoïdes se mouvant très lentement et devenus immobiles au bout de deux ou trois minutes.

Enfin, l'année passée, dans un nouvel examen du sperme immédiatement après l'éjaculation, il m'a été permis d'y constater l'immobilité absolue des spermatozoïdes.

L'individu dont il s'agit jouit d'une bonne santé, mais il est affecté d'un rétrécissement. On a déjà avancé que les personnes affectées de rétrécissement de l'urètre étaient inféconds.

Sans m'arrêter à cette conclusion, qui me paraît un peu hasardée, je veux seulement signaler le fait nouveau, à savoir l'immobilité absolue des spermatozoïdes dans le liquide spermatique au moment même de l'émission et par conséquent la stérilité de ce liquide.

Il ne suffit donc pas de constater l'existence de spermatozoïdes parfaitement bien développés, pour affirmer la fécondité du sperme; il faut encore pouvoir constater la vitalité des spermatozoïdes au moment même de l'éjaculation. (Applaudissements.)

DISCUSSION.

M. Devilliers, *président.* Je crois que nous sommes d'accord avec M. Mandl quant à sa conclusion. Il est bien évident que c'est la vitalité, au point de vue physiologique, qui est un des éléments de la fécondation.

M. Chantreuil. Messieurs, nous sommes tous d'accord avec M. Mandl; il faut que les spermatozoïdes soient animés de mouvements, pour qu'ils aient la puissance fécondante. Il est donc intéressant de savoir combien de temps après l'éjaculation ces animalcules peuvent conserver leurs mouvements. Leur vitalité dépend des conditions dans lesquelles ils sont placés et varie avec les différentes espèces animales. Quand le sperme est abandonné à lui-même, il est rare que les mouvements des spermatozoïdes durent plus de vingt-quatre heures.

Quand, au contraire, il est conservé dans un vase bien clos, les mouvements peuvent persister pendant quarante à soixante heures, ainsi que l'a constaté

Liégeois. Si le sperme est déposé dans les voies génitales de la femelle, les mouvements durent encore plus longtemps. On les a constatés six jours après le coït chez la vache, sept à huit jours chez la lapine et la chienne. Enfin, Percy, de New-York, a rencontré les spermatozoïdes de l'homme parfaitement vivants, huit jours après la copulation, dans le col de l'utérus d'une femme qui avait bien voulu se prêter à cette expérience. En outre, Schrœder admet, d'après des observations qui lui sont personnelles, que le temps pouvant s'écouler entre le coït fécondant et la fécondation proprement dite, c'est-à-dire la fusion des spermatozoïdes et de l'ovule, peut être de huit à quinze jours. Cela paraît prouver que les spermatozoïdes peuvent être animés de mouvements pendant quinze jours lorsqu'ils sont dans l'intérieur des voies génitales de la femme. Voilà, Messieurs, les courtes observations que je désirais présenter sur la puissance de vitalité des spermatozoïdes.

M. Devilliers, *président.* Messieurs, je n'ai à ajouter qu'une observation à ce que vient de nous communiquer M. Chantreuil, c'est que la vitalité des spermatozoïdes dans l'intérieur des parties génitales chez la femme dépend beaucoup de la nature des sécrétions. Il y a des sécrétions qui tuent les spermatozoïdes, chez certaines femmes. C'est une observation générale sur laquelle je n'insiste pas.

Maintenant je donne la parole à M. le Dr Gallard pour donner lecture d'un Mémoire adressé au Congrès par M. le Dr Vincent, de Guéret.

M. Gallard. Messieurs, M. le Dr Vincent s'est fait inscrire pour nous lire ici un Mémoire. Comme il est absent et que j'ai entre les mains son travail, je vais vous en donner connaissance.

Ce Mémoire se rapporte surtout aux **Questions d'identité**, qui peuvent avoir dans la médecine légale une très grande importance : il a pour but d'étudier les divers dialectes, la façon dont certains individus, appartenant à telle ou telle localité, prononcent certains mots, certaines voyelles et certaines diphtongues.

Il établit qu'il est possible de reconnaître la nationalité de celui qui est intéressé à dérouter les investigations de la justice. On ne confondra jamais un Gascon avec un Flamand !

Il continue ses applications à la recherche de l'identité en s'occupant non seulement de l'accent, mais aussi de certaines locutions, qu'on retrouve plus fréquemment chez tels individus que chez tels autres.

Le Congrès comprend l'intérêt qui peut s'attacher aux études du Dr Vincent et qui peuvent rendre de véritables services, à un moment donné, en médecine légale. Voici du reste son travail :

ESSAI SUR LES APPLICATIONS DE LA LINGUISTIQUE

À LA MÉDECINE LÉGALE.

I. — Dans la langue d'un peuple, il y a toujours deux choses essentielles à distinguer :

1° *Les mots* qui en expriment les objets, leurs qualités, leur action avec les différents modes, leurs rapports, etc.;

2° *La phonétique*, c'est-à-dire la prononciation de ces différents mots qui, pour parler comme les grammairiens, composent le discours.

Cette distinction capitale en linguistique, surtout lorsqu'on considère cette science dans ses rapports avec l'histoire et la géographie ancienne, je l'ai faite déjà, il y a dix-huit ans, dans mes *Études sur le patois de la Creuse*, publiées dans le bulletin de 1860 des Mémoires de la *Société des sciences naturelles et archéologiques* de ce département. Je l'ai reproduite dans un travail beaucoup plus complet sur le même objet, adressé, il y a sept mois, pour prendre part au concours philologique ouvert en 1878 par la *Société pour l'étude des langues romanes* de Montpellier, et qui a été assez heureux pour figurer au nombre des ouvrages couronnés.

Je vais reproduire textuellement ici ce que j'ai dit à ce sujet dans les deux mémoires que je viens de citer : cette distinction bien établie, les applications médico-légales que j'apporte s'en déduiront en quelque sorte d'elles-mêmes.

II. — Après avoir parlé des changements inévitables que le temps et les événements font subir à la langue elle-même, considérée en dehors de sa prononciation, qu'on désigne plus vulgairement sous le nom d'*accent d'un peuple*, je m'exprimai ainsi :

Mais au milieu de tous les changements que subit une langue à la suite des temps et des événements, il est un élément du langage qui ne change pas, ou du moins qui ne s'altère que bien lentement. Cet élément, qui est à la langue ce que la couleur et la forme sont aux fleurs et aux fruits que produit tous les ans une espèce déterminée de plantes, ce que l'air de famille est aux individus qui la perpétuent, réside dans les divers modes de prononciation des consonnes, des voyelles, des syllabes; dans l'accentuation plus ou moins prononcée de chacun de ces éléments, dans cette physionomie d'une langue que la langue écrite est inapte à rendre et qui exige, pour être saisie, le secours d'un maître; enfin, dans cet ensemble de caractères qu'il est plus facile de comprendre que de définir, qu'on désigne par le nom général d'*accent d'un peuple*.

La langue et l'accent sont deux choses essentiellement différentes : la langue est un mode de s'exprimer par la parole qui peut être commun à plusieurs peuples et que toute personne peut s'approprier par l'étude; l'accent, au contraire, est un cachet particulier qu'un même peuple imprime toujours non seulement à la langue qu'il parle, mais encore à toutes les langues qu'il est possible de parler, et qu'une personne étrangère au pays ne peut, dans la majorité des cas, que très difficilement s'approprier. Toutes les langues, avec des mots différents, ont un résultat unique : l'expression des idées; l'accent, au contraire, est toujours l'expression du peuple auquel il appartient : prenez un Allemand, un Italien, un Espagnol et un Anglais, parlant ensemble la langue française aussi bien que possible; bien qu'ils s'expriment tous dans la même langue, vous n'en reconnaîtrez pas moins la nationalité de chacun à son accent.

Toute langue, également, pénétrant dans un pays étranger, pourra bien se substituer en totalité à la langue de ce pays; mais elle en prendra l'accent quand même. C'est ce qui est arrivé à la langue française qui, avec la réunion de toutes les provinces à la monarchie, a pénétré dans toute l'étendue du territoire français. Bien que dans toutes les provinces on parle français, cela n'empêche pas que l'on distingue toujours, par son accent, un Gascon d'un Berrichon, un Auvergnat d'un Picard, un Franc-Comtois d'un

Provençal. Chaque province a, en quelque sorte, conservé son individualité dans son accent. La langue latine, dont l'enseignement est toujours si universellement répandu chez les peuples civilisés, ne se prononce pas de la même manière en France, en Espagne, en Italie, en Allemagne : chaque peuple la prononce et l'accentue à sa manière. La même chose arriverait si le français devenait la langue générale de l'Europe, comme autrefois le latin.

La langue peut donc se perfectionner, se modifier de différentes manières, sans que les divers accents suivent le même changement.

Après avoir ainsi établi cette distinction entre la langue et son accent, mot qui est pris ici dans le même sens que prononciation ou phonétique, je démontrai de la manière suivante, par des observations faites sur le patois de mon pays, que l'accent persiste et reste circonscrit dans les limites du dialecte dont il est l'expression :

Ce qui a lieu pour une langue savante qui a sa grammaire, sa littérature, ses savants, ses académies, ses moyens de perfection, se fait, à plus forte raison, pour une langue négligée comme notre patois, qui n'a d'autre règle que l'usage traditionnel qui ne change pas. C'est ce que nous voyons tous les jours : des mots étrangers au patois, empruntés à la langue française, aux arts et à l'industrie, sont importés par nos nombreux ouvriers émigrants dans leurs villages et patoisés différemment selon qu'ils s'introduisent dans l'une ou l'autre de nos variétés de langage qui, chacune, leur impose les caractères qui lui sont propres. Un autre fait expérimental, qui me semble avoir une grande valeur, et que j'ai été à même de vérifier bien des fois, est celui-ci : je connais un grand nombre de familles, parlant une variété ou dialecte de notre patois, qui se sont établies dans des localités où l'on parle un dialecte différent. Les personnes qui composaient la famille, au moment du changement de lieu, conservent leur premier langage, mais leurs enfants parlent constamment le langage de leur nouvelle résidence. Il en résulte que les habitants peuvent se mélanger sans que l'accent de la localité change. Pour qu'il y eût possibilité de changement, il faudrait anéantir complètement la population indigène et la remplacer par une autre. Ce fait, qui n'a pas lieu seulement chez nous, mais dans toutes les langues, est de la plus haute importance en ce qu'il nous montre que l'accent (ou la prononciation) ne tient pas plus aux personnes qu'à la langue, toutes sujettes à changements, qu'il est en quelque sorte inhérent au sol, et que les limites dans lesquelles il est circonscrit doivent difficilement changer. La conquête elle-même n'y peut rien ; car les vainqueurs, étant toujours en très petit nombre par rapport aux vaincus, acceptent forcément l'accent de ces derniers lors même qu'ils leur imposent leur langue.

Le caractère essentiel de l'*accent d'un peuple* est donc sa fixité et sa persistance au milieu même de tous les changements que peut subir la langue, et je suis fermement convaincu que dans cet élément de la langue, dont on a trop peu tenu compte jusqu'à présent, existe une donnée archéologique importante pour la solution d'un grand nombre de problèmes de géographie historique.

III. — Voilà ce que je disais en 1860. Depuis, dans mon travail rendu plus complet, adressé à la Société des langues romanes, j'ai insisté de nouveau sur cette distinction entre la langue et l'accent, et sur la fixité et la persistance de ce dernier en établissant que :

1° Tout dialecte (et on entend par ce terme les divers modes de parler une même langue qui se différencient uniquement par la manière de prononcer et par suite d'écrire

les mots) est nécessairement l'expression d'un peuple ayant joui de son autonomie à une époque plus ou moins reculée et pendant un temps toujours très long.

2° L'unité de dialecte implique l'unité de nationalité.

3° L'*accent*, caractère constitutif du dialecte, a dû se développer avec la nationalité elle-même; et, dans cette période de formation, il a dû être uniquement le fait de la fantaisie néologique.

4° Une fois formé, *l'accent d'un peuple*, autrement dit *la prononciation dont ce peuple revêt sa langue*, tombe dans le domaine de la physiologie, c'est-à-dire que les organes vocaux, habitués à se mouvoir de la même manière, dès la plus tendre enfance, pour rendre les divers sons propres à la langue du pays, ne peuvent plus se plier, ou du moins ne se plient que difficilement aux sons d'une prononciation différente. Il en résulte que l'accent devient en quelque sorte endémique et fait partie intégrante du peuple lui-même dont il forme un des caractères auxquels on le reconnaît.

5° Dans la transformation des langues, à la suite des temps, l'accent absorbe toujours les éléments étrangers apportés à la langue par l'invasion, la conquête, la simple occupation temporaire du sol ou toute autre voie. De sorte que la langue peut se métamorphoser, la nationalité disparaître, mais l'accent persiste comme une empreinte ineffaçable du peuple disparu.

6° Au point de vue de notre histoire nationale, les anciens peuples de la Gaule ont dû se conserver, dans leur accent et leurs limites, dans les dialectes populaires actuellement existants. Des preuves nombreuses, tirées tant de la linguistique que de l'histoire, de l'archéologie et de la topographie, m'ont au moins conduit à cette conclusion pour ce qui concerne les Arvernes, les Lémovices et les Bituriges, qui ont fait spécialement l'objet de mes études dans l'ancienne province de la Marche, que ces trois peuples se partageaient.

IV. — De l'exposé qui précède et des considérations auxquelles je viens de me livrer d'une manière très sommaire, il résulte évidemment que non seulement toute langue nationale, ou appartenant à un peuple donné, possède un historique particulier bien différent de celui de la langue d'un autre peuple plus ou moins son voisin, mais encore qu'une même langue nationale présente plusieurs dialectes distincts qui ne permettent pas de confondre entre elles, en les entendant parler, les personnes qui ont l'habitude de s'exprimer dans l'un ou l'autre de ces dialectes.

V. — Appuyons maintenant de quelques exemples, fournis par l'expérience et l'observation de tous les jours, ces vues qui pourraient paraître trop théoriques et, par suite, fantaisistes à quelques personnes.

a. Dans l'antiquité grecque, chacun pouvait reconnaître le lieu d'origine d'une personne inconnue en l'entendant parler l'un ou l'autre de ces dialectes avec lesquels le vieux Burnouf a si souvent bercé notre jeunesse jusqu'à douce somnolence. Nos hellénistes érudits modernes ne s'y méprendraient pas plus que les Grecs du temps d'Eschyle et d'Hippocrate.

b. On ne confondra jamais un Français qui dira : «Mademoiselle Julie est bien bonne, vraiment belle et pleine de grâce», avec un Allemand qui, parlant la même langue que le premier, prononcera la même phrase : «Ma*t*emoi*ss*elle *Ch*ulie est *p*ien *p*onne, *f*raiment *p*elle et pleine de *c*râce.» Quoi qu'il fasse, ce dernier articulera toujours d = t, j = ch, b = p. v = f, g = c, etc., c'est-à-dire que, soit qu'il prononce une labiale, une

dentale ou une gutturale, il substituera toujours, dans chacune de ces catégories, une consonne forte à une consonne faible.

Le même nom propre français *Julie*, prononcé *Djeoulie*, trahira, par la prononciation de la consonne et de la voyelle composant sa première syllabe, la nationalité anglaise de celui qui le prononce.

Il n'est pas jusqu'au son *u* français, qui fait le désespoir de bien des étrangers et se prononce *eou* en anglais, *ou* en espagnol, en italien ou en polonais, etc., qui ne puisse devenir, par la manière dont il est prononcé chez nous, un signe distinctif d'individus de nationalités étrangères à la nôtre, et à l'étranger faire soupçonner un Français.

Je n'insisterai pas davantage sur ce premier point d'étude comparée de phonétique internationale; je ne suis pas assez polyglotte pour cela, et je vais passer à quelques exemples pris parmi les nombreux dialectes qui existent en France.

VI. — En laissant de côté le bas breton et le basque, vieux débris des langues des Kymris et des Hères, dont je m'abstiendrai de parler, par l'excellente raison que je ne les connais pas, on peut dire que la langue populaire en France, qui déteint toujours plus ou moins sur la langue nationale perfectionnée en lui imprimant le caractère local propre à chaque dialecte, conserve encore sa vieille division du moyen âge en langue d'*oïl* et en langue d'*oc*. La première comprend le mauvais français des campagnes et près des deux tiers de la France du Nord; et la deuxième, c'est-à-dire la langue d'oc, est encore parlée dans les campagnes de trente au moins de nos départements du Midi. Dans ce nombre se trouve compris celui de la Creuse, que j'habite, et qui forme au nord sa limite extrême. Mon intention n'est pas de faire ici une étude comparative de ces deux langues, que, du reste, l'on ne peut pas plus confondre l'une avec l'autre que le français avec l'espagnol; ce serait dépasser les bornes d'une simple note. Je vais seulement signaler quelques caractères phonétiques de la langue d'oc qui impriment un cachet particulier à la langue française parlée par nos habitants du Midi, surtout lorsque l'on a affaire à une personne de la campagne parlant habituellement son patois.

a. Comme le latin, dont elle dérive plus directement que le français et au même titre que les langues néo-latines (italien, espagnol, etc.) ses sœurs, la langue d'oc n'a pas d'*e* muet. Ce son éminemment français, qui est remplacé ici par l'*é* (fermé ou demi-fermé), est très difficilement saisi par un méridional, qui appuie toujours plus ou moins sur lui et l'accentue envers et contre tout.

Lorsque l'*e* (muet) termine la syllabe finale d'un mot, par cela même que l'accent porte sur lui, il cesse de porter sur la pénultième, comme dans le français pur, et cette dernière devient brève dans la bouche d'un méridional. Exemple, cette phrase prononcée récemment devant moi par un poseur du chemin de fer venant me consulter :

« Jé suis dé la Dordŏgné; jé né suis pas hien; ça mé rŏulé dans lé vĕntré[1]. »

De plus, la consonne muette finale se prononce souvent comme si elle était suivie d'un *e* accentué. Exemple :

Français : soleil = langue d'oc : soleillé; Marius = Mariussé.

[1] Le signe (˘) représente un ton bref; l'accent aigu (´) indique simplement ici que l'on appuie sur l'*e*.

b. Parmi les consonnes, la prononciation de *n, ch* et *f* mérite de nous arrêter un instant.

Le français annihile complètement l'*n* dans les sons nasaux *an, en, on, un*, à l'inverse du latin, qui fait toujours sentir le son représenté par cette lettre, ainsi qu'on peut le voir en prononçant en français ou en latin les mots *non, amen.*

L'habitant de pays d'oc, sans adopter complètement la prononciation latine, accentue cependant l'*n* de manière à le faire sentir. Exemple les mots ci-après : *bieñ, dañs, veñtré.*

En limousin, cette accentuation est portée assez loin pour donner à *n* le son de *m.*

Exemple : français, *Bon pain* = limousin, *Boñ paiñ.*

Pour moi, c'est un caractère auquel j'ai toujours reconnu, sans me tromper, un habitant de Limoges ou des cantons qui l'environnent.

Pour ce qui est des sons nasaux en général, il existe une différence de prononciation marquée entre le Nord et le Midi : au Midi ils s'adoucissent au point que *an* et *en* français tendent à prendre la prononciation latine de *en* dans *ventus ;* tandis qu'au Nord (Flandre, Normandie, Champagne, Lorraine, etc.) ils se foncent au point que *in* = *an ; en, an* = *on.* Une malade d'origine champenoise me disait un jour : « Monsieur *Vançont*, je ne monge plus. »

c. Les consonnes françaises *ch, g* (e), *f*, se transforment complètement en passant dans la langue d'oc et deviennent : *ch* = *tch, tc, c* et *g* (e), *f* = *df, dz, z.*

L'habitant des campagnes parlant français les prononcera la plupart du temps de cette manière, et il en sera souvent de même du citadin. A Marseille, si j'en crois la renommée, on articulerait à peu près ainsi la phrase suivante : « *Zean !* va vite *cercer* une four*cette* pour cette *c*ère demoiselle Zulienne. »

VII. — Si de l'étude générale de ces deux langues nous passions à l'étude particulière des dialectes nombreux existant dans l'une et dans l'autre, il nous serait possible de circonscrire d'une manière encore plus étroite le lieu d'origine d'un individu. Il suffira de citer deux de ces dialectes pour faire comprendre tout le parti que l'on peut tirer, au point de vue de notre sujet, de la connaissance exacte de nos idiomes locaux. Je veux parler des dialectes berrichon et auvergnat, que je connais le mieux comme mes plus voisins, qui appartiennent le premier à la langue d'oïl et le deuxième à la langue d'oc.

a. Deux caractères phonétiques permettent de reconnaître d'une manière à peu près certaine le Berrichon berrichonnant ; ce sont : 1° l'allongement démesuré et quasi musical de la dernière syllabe des mots, ou de la pénultième lorsque la dernière est muette ; 2° la transformation du son français *oi* en la diphtongue effective *ouei*, qui n'est autre que la triphtongue méridionale *ouèi* prononcée à la française.

Exemple : As-tû fait bouëͤrre tes cheväͤux ?

N. B. Je représente par le double accent circonflexe ʌ l'allongement des syllabes accentuées.

b. Sur le plateau central de la France, et s'étendant sur la plus grande partie du Puy-de-Dôme, le Cantal en entier, une partie de la Creuse, de la Corrèze, de l'Aveyron et de la Lozère, existait jadis un peuple qui a joué un beau rôle dans notre histoire nationale. Sous la conduite de son chef, Vercingétorix, il a été le plus intrépide et le dernier défenseur de l'indépendance gauloise ; et, quatre siècles plus tard, au temps de Sidoine-Apollinaire, il était le dernier rempart de la domination romaine contre l'inva-

sion des Wisigoths. Je veux parler du peuple arverne. Ce peuple semble avoir laissé une empreinte ineffaçable dans l'accent de la langue encore parlée dans ces montagnes, et qui paraît encore indiquer et les limites et l'étendue de son territoire. Le patois auvergnat forme effectivement un des dialectes les mieux caractérisés de notre vieille langue d'oc par les particularités de sa phonétique. Dans quelque pays lointain que l'habitant de l'Auvergne aille exercer ses laborieuses industries, on le reconnaît toujours à son parler, qui se reconnaît lui-même aux caractères suivants :

1° La transformation des dentales *d*, *t*, *n*, *c*, *s*, *z*, en leurs gutturales correspondantes *g* ou *gu*, *c* ou *qu*, *gn*, *ch*, *f*, les deux premières devant les voyelles *i* et *u* seulement, et les autres devant à peu près toutes les voyelles ; de sorte que les syllabes qui suivent éprouvent, en passant par la bouche d'un Auvergnat, les changements indiqués dans le tableau qui suit :

Français.	*Auvergnat.*	*Exemples.*	
Di, du	= Gui, gu.	Dit, rendu	= *Gui*t, reng*u*.
Ti, tu	= Qui, cu.	Petit, battu	= Pe*qui*t, bac*u*.
Ni, nu	= Gni, gnu.	Venir, minute	= Ve*gn*ir, mi*gn*ute.
Ci, si, ti	= Chi,	Cirage	= *Chi*ràge.
Çu, su, se	= Chu, che.	Sûr, etc.	= *Chu*r, etc.

Ze, zi, zo, zu, za, ainsi que se, si, so, etc. = en auvergnat : je, ji, jo, ju, etc.

Exemple : zéro = jéro ; — mesure = mejure, etc.

2° La prononciation mouillée de *l* devant *i* et *u*, et devant toutes les voyelles à peu près sans exception, quand il entre dans la composition des consonnes composées *bl*, *cl*, *fl*, *gl*, *pl* ; exemple : *lire*, *lu*tte, *pl*anchir, *pl*ace.

3° La multiplicité de l'*s* ou *z* euphonique.

4° L'allongement des syllabes soit à l'aide d'accent circonflexe, soit par l'addition d'une voyelle ou d'une diphtongue, etc.

Lors même que l'Auvergnat parle français, il conserve la prononciation du patois de ses montagnes ; témoin cette réponse bien connue de l'honorable charbonnier porteur d'eau qui venait de trouver une savate dans sa soupe :

« Eh fou*ch*trà ! Madâme la bourgeoi*je*, je ne *gu*is pas que *cha* *chai*llisse la *ch*oupe, mais *cha* *qu*ient de la pla*ch*e. »

VIII. — Des dialectes nous pourrions passer avec le même succès à l'étude des sous-dialectes, variétés et nuances de langage qui se multiplient jusqu'à l'infini, si les bornes nécessairement restreintes d'une simple note pouvaient le permettre. Aussi n'y insisterai-je pas. Tout ce que je puis dire ici sous ce rapport, — et je le considère comme un argument puissant en faveur de ma thèse, — c'est qu'il n'est pas un paysan de mon pays qui ne distingue, à quelque particularité de son langage, l'habitant de la commune située à gauche de celui de la commune située à droite de la sienne.

IX. — Les considérations dogmatiques dans lesquelles je suis entré au commencement de cet article, appuyées des quelques exemples dont je les ai fait suivre, me semblent justifier suffisamment l'application suivante de la linguistique que j'ai signalée dans un mémoire précédent. Je la reproduis ici textuellement comme conclusion de ce travail :

Une dernière application est relative à la médecine légale. Nous avons vu, en effet, plus haut, que l'on distingue toujours, *par son accent,* un Anglais d'un Italien, un Allemand d'un Espagnol, etc.; et que le même caractère ne permet pas de confondre un Auvergnat et un Picard, un Alsacien et un Provençal, etc. La détermination exacte de cet *accent,* qui suit l'individu comme une empreinte indélébile de sa nationalité, peut donc permettre à la justice de retrouver le lieu d'origine d'une personne qui le cache et, par suite, de constater plus facilement l'identité d'un criminel. Il est évident que, pour que cette donnée fût largement applicable, il faudrait qu'une étude sérieuse des langues et de leurs dialectes fût faite à ce point de vue. Ce serait un chapitre véritablement neuf à ajouter à cette partie si intéressante des sciences médicales. Avis aux érudits en position d'entreprendre une œuvre si éminemment utile!

DISCUSSION.

M. Comby, *avocat.* Je veux répondre un mot au sujet du mémoire de M. Vincent. Je crois qu'il y a un danger à faire entrer la linguistique dans la médecine légale. Il se produirait immanquablement des imitations, des tentatives nombreuses de tromperies, sur l'accent et le langage.

Tous les jours, est-ce que nous ne voyons pas des gens qui imitent toute espèce de langages et toute sorte d'intonations? Je ne crois donc pas que le mémoire du docteur Vincent, au point de vue de la médecine légale, soit d'une très grande utilité pratique.

M. le Dr Gustave Lagneau. M. le Dr Vincent, de Guéret, qui propose de se servir de la linguistique pour déterminer parfois l'identité d'une personne, a déjà fait remarquer antérieurement que cette question d'identité peut être également éclairée par certains caractères anthropologiques différentiels, les habitants de notre pays et surtout de nos colonies appartenant à des races multiples et diverses.

Quoique les différences linguistiques ne paraissent que rarement devoir donner des renseignements permettant d'établir l'identité d'une personne, il est toujours bon d'en tenir compte, car la provenance géographique d'un individu peut être parfois révélée soit par sa langue basque, bretonne ou flamande, soit par son patois de langue d'oc ou de langue d'oïl. Malheureusement, malgré l'enquête commencée par M. Girard de Rialle sur nos patois de France, leurs différences et leur répartition géographique sont loin d'être suffisamment déterminées.

M. Gallard. M. Vincent a déjà présenté à la Société de médecine légale un Mémoire sur les données anthropologiques pouvant être appliquées à cette question d'identité.

En France, il y a des langues notablement différentes. Vous avez le breton, le flamand. D'un autre côté, il y a des patois qui malheureusement ne sont pas étudiés encore d'une manière bien précise. Pour les intonations, elles sont tellement différentes entre deux dialectes qu'on ne confondra jamais la langue d'oc avec la langue d'oïl. Il ne faut donc pas négliger ce grand résultat de l'étude des langues et des intonations.

M. le Président. La parole est à M. le Dr Chantreuil pour une communication.

SUR LA VIABILITÉ.

M. le Dr Chantreuil. Messieurs, j'ai été inscrit, pour ainsi dire d'office, par mon savant maître, M. le Dr Gallard, pour parler sur la viabilité. Je ne traiterai pas la question d'une façon générale, car je n'y suis point préparé. Je désire seulement vous présenter quelques observations sur ce sujet.

La viabilité, c'est l'aptitude du fœtus à vivre de la vie extra-utérine. On distingue habituellement deux espèces de viabilité : la viabilité médico-légale et la viabilité clinique. La viabilité médico-légale a pour limite inférieure 180 jours, et la viabilité clinique, 210 jours.

Jusqu'à présent tout est clair, mais tout est théorique. En effet, il s'agit de fixer pratiquement cette limite. Comment a-t-on procédé pour y arriver? On a dressé des tableaux dans les colonnes desquels on trouve consignés les différents éléments qui peuvent servir à déterminer l'âge d'un fœtus. Ainsi, on lit dans les différentes colonnes le poids, la longueur du fœtus, la hauteur d'intestins du cordon ombilical, le degré de développement des différents organes, etc. pour chaque mois de grossesse. Eh bien! Messieurs, si l'on considère tous ces tableaux, on est frappé immédiatement d'une chose : c'est la divergence des différents auteurs à cet égard. Si vous consultez le *Traité de médecine légale* de MM. Riant et Chaudé, le *Manuel* de M. Lutaud, le *Précis de médecine judiciaire* de M. Lacassagne, qui est si nettement écrit, et enfin l'excellent article *Fœtus* rédigé par M. Pinard dans le *Dictionnaire encyclopédique*, vous serez frappés de la différence des résultats auxquels sont arrivés les auteurs que nous venons de citer. Cette divergence tient à ce qu'ils ont pris pour base de leurs calculs le jour de la conception, date très variable et toujours inconnue, même dans les circonstances les plus favorables, c'est-à-dire quand on connaît la date du coït fécondant. Il peut, en effet, ainsi que nous disions plus haut, s'écouler une quinzaine de jours entre cet acte et la conception.

C'est pour remédier à cet inconvénient que je vous propose de prendre pour point de départ du calcul, dans l'évaluation de la limite inférieure de la viabilité, un point de repère immuable. Ce point de repère sera le jour du coït fécondant quand il sera connu, ou mieux encore le dernier jour des dernières règles qui ont apparu. En d'autres termes, on cherchera combien de jours devront s'écouler, au minimum, non depuis la conception, mais depuis le dernier jour des règles jusqu'à la naissance pour que le fœtus soit viable. Je crois qu'en nous conformant à ces données, nous pourrons dresser des tableaux qui, pour l'avenir, nous seront d'une grande utilité.

DISCUSSION.

M. Devilliers, *président*. Personne ne demande la parole? Je n'ai qu'une objection à faire, c'est qu'il existe toujours d'assez grandes lacunes entre le dernier jour des dernières règles et le jour des règles qui doivent suivre.

Or, M. Chantreuil sait aussi bien que nous tous que la conception a lieu

avant l'époque des règles, et non pas après. Je suis certain que chez certaines femmes la conception a lieu avant les règles. Par conséquent il y a là une lacune qu'il est fort difficile de déterminer.

M. Chantreuil. Je ne m'inquiète pas de savoir le jour de la conception; j'en fais abstraction. Je cherche tout simplement quel est l'intervalle de temps qui sépare un point de départ arbitraire, mais fixe, qui est, par exemple, le dernier jour des dernières règles. Je ne cherche pas à calculer la durée réelle de la viabilité ou de la grossesse ; c'est impossible.

Je cherche tout simplement l'intervalle de temps qui sépare soit l'accouchement, soit le terme de la viabilité, que nous déterminerons plus tard, du dernier jour des dernières règles.

M. Gallard. Messieurs, nous avons à remercier M. Chantreuil du zèle avec lequel il a bien voulu s'occuper de l'étude de la question qui devait être soumise au Congrès.

Seulement je dois dire qu'il n'a abordé qu'un des points de cette question, un point sur lequel la loi s'est prononcée, pour ce terme de 180 jours. Ce terme n'est pas fixé d'après l'époque de la conception, mais d'après l'époque à laquelle elle a pu avoir lieu, c'est-à-dire l'époque de la conclusion du mariage, dans certains cas, pour établir si un enfant né à tel moment peut être attribué au mari ou répudié par celui-ci.

C'est donc un des côtés très intéressants de la question. M. Chantreuil l'a très bien élucidé, et il nous a donné un moyen de l'élucider dans l'avenir. Ce n'est pas seulement cela que les organisateurs du Congrès désirent voir discuté et traité ici.

On désire voir spécialement, les accoucheurs en particulier, discuter la question de savoir quelles sont les circonstances dans lesquelles la question de viabilité peut être établie, discutée ou contestée au point de vue médico-légal.

Vous savez qu'il y a une très grande importance, non pas comme dans le premier point qui consiste dans la question de paternité qui peut être contestée ou non, mais dans les questions d'héritage et de transmission d'héritage.

On sait, en effet, que pour être apte à recevoir un héritage et par conséquent à le transmettre, il faut qu'un enfant soit né, qu'il ait vécu et qu'il soit viable.

Or, il y a plusieurs termes pour la viabilité. Il y a d'abord l'âge de l'enfant depuis la conception; il y a encore son état de force plus ou moins grande qui peut faire qu'un enfant né aujourd'hui, vivant un ou deux jours ou trois jours après, soit trop faible pour jamais survivre, ne soit pas viable, et, par conséquent, soit inapte à hériter et à transmettre un héritage.

C'est là une question qui a été discutée devant la Société de médecine légale et qu'il est difficile de généraliser.

Mais il y a des questions qui peuvent être généralisées : ce sont celles des vices de conformation et d'infirmité apportés par un enfant au moment de sa naissance.

Quand un enfant apporte ainsi un vice de conformation ou d'infirmité qui

est incompatible avec la vie, quand cela est établi médicalement, on dira : L'enfant n'est pas viable.

Mais il y a des infirmités qui, hier et aujourd'hui, étaient considérées comme incurables et qui demain, grâce aux progrès de la science, peuvent devenir parfaitement curables.

Par exemple, un enfant vient au monde avec un anus imperforé; si on ne vient pas à son secours, il mourra infailliblement. Mais si un chirurgien habile se trouve à côté de lui au moment même, il sera procédé à une opération qui rendra l'exercice de la vie parfaitement facile. Et cet enfant qui, hier, était réputé non viable, incapable d'hériter et de transmettre ses biens, demain sera capable de vivre, de se développer, d'arriver jusqu'à l'âge adulte et, par conséquent, capable d'hériter et de transmettre son héritage.

Vous voyez combien cette question peut être discutée. C'est là un point de vue qu'il ne m'appartient pas d'aborder, mais qu'il était de mon devoir, comme secrétaire général de la Société de médecine légale, de présenter au Congrès.

M. Chaudé. C'est sans aucune préparation, Messieurs, que je viens vous faire quelques observations.

Par cela seul qu'un enfant vient au monde vivant, la présomption est qu'il est viable, quand même il n'aurait vécu qu'une minute. Dès l'instant qu'il a respiré, il est réputé viable jusqu'à preuve du contraire.

Maintenant, s'il a une faiblesse de conformation telle qu'il est à peu près certain qu'il ne pouvait pas vivre, selon moi, il est encore réputé viable, apte à recueillir une succession et à la transmettre; il a vécu.

Si, au contraire, il a un vice de conformation tel que la vie est complètement impossible, quand même il respirerait un certain nombre d'heures, il n'est pas viable.

J'arrive au point difficile.

Si l'individu a un vice de conformation tel qu'il est voué à une mort certaine, à moins qu'un chirurgien habile ne vienne lui rendre la vie possible, selon moi, il est encore viable et apte à succéder.

Car il ne peut dépendre du hasard qui fait qu'il sera né à Paris, à côté des princes de la science, ou dans un petit village où il ne trouvera qu'un officier de santé, de lui faire perdre ou conserver sa qualité d'héritier.

Il est venu au monde, il avait un vice de conformation qui pouvait être guéri par un médecin de ville, ce médecin ne se trouve pas là, mais il n'en est pas moins vrai que cet enfant était né avec la possibilité de vivre. Mais l'organe défectueux existait si bien que le chirurgien habile lui rendra le libre exercice de sa fonction. Dans ce cas-là, il est encore viable.

Pour me résumer, Messieurs, je dis :

Toutes les fois qu'un enfant vient au monde vivant, il est réputé viable. Il ne peut être déclaré non viable, n'ayant aucune espèce de droits, ne pouvant en transmettre même, que lorsqu'il y a un vice de conformation tel qu'il est voué à une mort certaine.

Du reste, Messieurs, il paraît qu'en Angleterre les lois sont encore plus

claires que les nôtres, et qu'elles déclarent d'une manière formelle que la non-viabilité n'est exceptionnellement admise que lorsqu'il est démontré que, par un vice de conformation, cet enfant était voué à une mort certaine.

Voilà les observations que j'avais à faire.

M. le Président. Je donne la parole à M. Thévenot pour une communication.

M. Thévenot donne lecture du mémoire suivant :

I.

SUR LA NÉCESSITÉ DE SUBSTITUER L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PAR LES VOIES NATURELLES À L'OPÉRATION CÉSARIENNE *POST MORTEM*.

Le conseil de tenter l'accouchement artificiel par les voies naturelles, dans le cas de grossesse avancée chez les femmes qui viennent de mourir, est relativement ancien et paraît remonter à Schenk (1665).

Toutefois, il avait été peu suivi et était presque oublié, lorsque quelques cas vraiment extraordinaires de mort apparente chez des femmes grosses et, en première ligne, le fait de Rigaudeaux, attirèrent l'attention de Baudelocque et de ses successeurs sur ce point. Tous pensèrent qu'avant de recourir à la section césarienne il fallait s'assurer de l'état des parties et, chaque fois que ce serait possible, faire l'accouchement par les voies naturelles.

L'observation de Rigaudeaux a donc été le point de départ de cette pratique nouvelle et, quelque connu que soit ce fait, il est si fécond en enseignements que je crois devoir le transcrire en entier.

Observation communiquée à M. Bruhier par M. Rigaudeaux, chirurgien aide-major des hôpitaux du roy et chirurgien juré accoucheur à Douai [1].

Il fut appelé, le 8 septembre 1745, pour accoucher la femme de François Dumont, du village de Lowarde, à une lieue de Douai. On était venu le chercher à cinq heures du matin, mais il n'avait pu y arriver qu'à huit heures et demie. On lui dit en entrant que la femme était morte depuis près de deux heures, que malheureusement on n'avait pu trouver de chirurgien pour faire l'opération césarienne. Il s'informa des accidents qui avaient pu causer une mort si prompte, et on lui dit que la morte avait commencé à sentir des douleurs pour accoucher, la veille, vers les quatre heures du soir; que, la nuit, elles avaient été si violentes qu'elle en était tombée plus de dix fois en faiblesses et en convulsions, et que le matin, étant sans forces et sans autres secours que celui de la sage-femme, qui ne savait pas grand'chose, il était survenu, vers les six heures, une nouvelle convulsion avec écume à la bouche qui avait été suivie de mort.

M. Rigaudeaux demanda à voir la morte; elle était déjà ensevelie. Il fit ôter le suaire pour examiner le visage et le ventre. Il tâta le pouls au bras, sur le cœur et au-dessus des clavicules, sans apercevoir aucun mouvement dans les artères. Il présenta le miroir à la bouche, et la glace ne fut point ternie. Il y avait beaucoup d'écume à la bouche, et le ventre était prodigieusement gonflé.

[1] Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux, etc., par M. Levret. (*Journal des savants*, janvier 1794, p. 34.)

Il ne sait par quel pressentiment il s'avisa de porter la main dans la matrice, dont il trouva l'orifice fort dilaté, et il sentit les eaux formées.

Il déchira les membranes et sentit la tête de l'enfant qui était bien tournée. L'ayant repoussée, pour avoir la liberté d'introduire la main tout entière, il mit le doigt dans la bouche de l'enfant qui ne donnait aucun signe de vie. Ayant remarqué que l'orifice de la matrice était suffisamment ouvert, il retourna l'enfant, le tira par les pieds avec assez de facilité; il le mit entre les mains des femmes qui étaient présentes. Quoiqu'il lui parût mort, il ne laissa pas de les exhorter à lui donner des soins, soit en le réchauffant, soit en lui jetant du vin chaud sur le visage et même sur tout le corps. Elles s'y prêtèrent d'autant plus volontiers que l'enfant leur parut beau. Mais, fatiguées d'un travail de trois heures, entièrement inutile en apparence, elles se mirent en devoir de l'ensevelir. Comme elles y procédaient, une d'elles s'écria qu'elle lui avait vu ouvrir la bouche. Il n'en fallut pas davantage pour ranimer leur zèle. Le vin, le vinaigre, l'eau de la reine de Hongrie furent employés, et l'enfant donna sensiblement des signes de vie; on fut sur-le-champ avertir M. Rigaudeaux, qui était allé dîner chez le curé du village. Il vint tout de suite et connut par lui-même la vérité du rapport. En moins d'un quart d'heure après son arrivée, l'enfant pleura avec autant de force que s'il était né heureusement.

M. Rigaudeaux voulut voir la mère une seconde fois; on l'avait ensevelie. Il fit enlever tout l'appareil funèbre, examina la femme avec toute son attention et la jugea morte comme après le premier examen.

Il fut cependant surpris que, quoiqu'elle fût morte depuis près de sept heures, ses bras et ses jambes fussent restés flexibles. Il avait de l'esprit volatil de sel ammoniac et en fit usage, mais inutilement. En conséquence, il repartit pour Douai, après avoir recommandé aux femmes présentes de ne point ensevelir la morte que les bras et les jambes n'eussent perdu leur flexibilité, de lui frapper de temps en temps dans les mains, de lui frotter le nez, les yeux et le visage avec du vinaigre et de l'eau de la reine de Hongrie, et de la laisser dans son lit. Il partit de Lowarde à une heure après-midi. A cinq heures du soir, le beau-frère de la femme vint lui dire que la morte était ressuscitée à trois heures et demie. Nous laissons à penser au lecteur s'il fut étonné et si ce fut avec raison. L'enfant et la mère reprirent si bien des forces qu'ils sont tous deux pleins de vie (10 août 1748), et l'on dirait même que tous deux se portent fort bien, si la mère n'était restée paralytique, sourde et presque muette; au reste, c'est en être quitte à bon marché.

«On ne saurait, dit Baudelocque[1], retracer trop souvent à la mémoire de ceux qui sont dans le cas de faire ces sortes d'opérations l'observation de Rigaudeaux, en faisant connaître combien il est difficile, en quelques cas, de distinguer l'état d'asphyxie d'une mort réelle; elle nous apprend qu'il n'est pas toujours nécessaire d'ouvrir le sein de la femme qui paraît privée de vie depuis quelque temps, pour l'assurer à son enfant... Si l'on rencontrait après la mort de la femme des dispositions aussi favorables à l'accouchement que celles qu'on remarque dans l'observation de Rigaudeaux, il faudrait préférer l'extraction de l'enfant par les voies ordinaires à l'opération césarienne...»

Capuron [2] ne fait guère qu'abréger Baudelocque :

«Si l'on peut se dispenser d'ouvrir le ventre de la femme après la mort, c'est lorsque les voies naturelles sont assez dilatées pour permettre l'introduction de la main et l'extraction de l'enfant, comme dans l'opération rapportée par Rigaudeaux. On

[1] Baudelocque. *L'art des accouchements.* Paris, 1796.

[2] Capuron. *Cours théorique et pratique d'accouchements.* Paris, 1811.

pourrait même dire qu'alors l'opération césarienne serait non seulement inutile, mais encore dangereuse, supposé que la mort ne fût pas réelle, ce qui peut arriver lorsqu'il s'agit d'une attaque de syncope, d'hystérie ou d'asphyxie. »

Gardien [1] n'est pas moins explicite :

« L'impossibilité physique d'extraire l'enfant par la voie naturelle peut seule autoriser son extraction par l'instrument tranchant, dans le cas de mort de la mère. Aussi, toutes les fois que l'orifice est suffisamment dilaté ou susceptible de l'être facilement chez une femme qui est morte pendant le travail, on doit préférer de terminer l'accouchement par les voies ordinaires, soit en appliquant le forceps si la tête est suffisamment engagée pour pouvoir être saisie avec cet instrument, soit en allant chercher les pieds si une autre partie se présente. Pourquoi ce qui se pratique sur une femme vivante ne pourrait-il pas avoir lieu chez une autre, quoiqu'elle fût morte, puisque la disposition des parties est la même? Il est si difficile de distinguer un état d'asphyxie d'une morte réelle qu'on pourrait croire la femme morte bien qu'elle ne le fût pas. »

Les conseils donnés par Velpeau [2] ne diffèrent pas des précédents :

« . . . Quand on est appelé près d'une femme qui vient de mourir, il faut d'abord s'assurer de l'état du bassin et tâcher d'extraire l'enfant par les voies naturelles, toutes les fois qu'elles sont assez spacieuses pour lui donner passage. Ensuite, si l'hystérotomie est indispensable, on la pratique. »

On pourrait facilement multiplier ces citations; toutes prouveraient que ce sont les cas de mort apparente, la difficulté ou plutôt l'impossibilité de la reconnaître, et partant la crainte de porter le bistouri sur une femme vivante, qui firent conseiller à nos accoucheurs l'extraction par les voies naturelles de préférence à l'opération césarienne.

Tandis qu'en France on s'en tenait à ces préceptes prudents, en Allemagne, on se montrait plus hardi.

Dès 1832, Hyernaux propose de pratiquer l'accouchement forcé, le col n'étant ni effacé ni dilaté, en s'aidant, si cela est nécessaire, de son débridement, proposition qui paraît avoir été peu goûtée, même en Allemagne.

Presque en même temps (1833), Rizzoli, à la suite d'une opération césarienne *post mortem*, opération qui lui causa beaucoup de déboires et d'ennuis, arrivait à la même conclusion que Hyernaux et le vulgarisait par son enseignement. Tandis que l'école de Bologne s'engageait résolument dans la voie indiquée par Rizzoli et publiait sur ces questions des faits nombreux et des mémoires pleins d'intérêt, on s'en tenait, en Allemagne et en France, aux conseils des classiques (Siebold, Nœgelé, Velpeau, Chailly, Cazeaux), et, sauf le cas isolé de Duparcque, les lettres de Devilliers et d'Otterbourg, il faut arriver jusqu'en 1861, pour entendre une voie autorisée conseiller l'accouchement forcé après la mort, même au prix d'un débridement du col.

« Je ne saurais trop insister, dit le professeur Depaul [3] avec presque tous ceux qui

(1) Gardien, t. III, p. 55. Paris, 1824.

(2) Velpeau. *Traité complet de l'art des accouchements*, 1835, t. III, p. 454.

(3) Discours du professeur Depaul. Discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. Mémoire de l'Académie de médecine de Paris, 1861.

ont étudié cette question, sur les avantages qu'offre l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. Il ne faudrait pas craindre de porter un bistouri sur le col et de débrider par des incisions multiples. On peut obtenir de la sorte, en quelques secondes, une dilatation suffisamment grande pour faire la version ou une application de forceps. »

Laissant de côté, et pour y revenir, l'accouchement artificiel *post mortem*, alors que le travail n'est pas commencé, que le col a toute sa longueur, examinons le mode d'extraction par les voies naturelles, lorsque le travail est avancé, le col dilaté ou dilatable.

La première condition, la condition indispensable, c'est que la ceinture osseuse ait ses diamètres physiologiques, puisque la réussite n'est possible que si la manœuvre est facile, rapide.

Le fait s'est présenté. Belluzzi, partisan de l'accouchement artificiel pendant l'agonie, fut obligé d'attendre la mort de la patiente et de faire l'opération césarienne, à cause d'un rétrécissement du bassin.

Belluzzi (1863). — Femme rachitique, enceinte de sept mois, mourant d'une dyspnée causée *a morbillo retropulso*. Il ne put faire l'accouchement forcé à cause d'un rétrécissement extrême du bassin. Il attendit la mort de la femme pour faire l'opération césarienne. L'enfant donna quelques légers signes de vie.

Cette première condition remplie, le travail avancé, le col dilaté ou facilement dilatable, deux cas peuvent se présenter : ou bien la tête est profondément engagée dans le bassin, ou bien c'est une autre partie du fœtus qui se présente, ou si c'est la tête, elle est restée mobile et laisse facilement pénétrer la main.

Dans le premier cas, quand la tête est profondément engagée et fixée dans le petit bassin et le col dilaté ou dilatable, tous les accoucheurs sont d'accord; le cas ne peut laisser place à aucune hésitation. Il est de toute évidence que le plus déterminé partisan de l'opération césarienne *post mortem* ne pensera pas à repousser la tête, à la faire repasser dans le grand bassin, et qu'une application du forceps est la seule conduite à suivre.

Reinhart, qui cite cinq cas d'application de forceps sur des femmes enceintes mortes, fait allusion à un succès obtenu par Jackson [1].

L'application avait été faite une demi-heure après la mort de la mère; après de longs efforts, il put rappeler l'enfant à la vie. C'est le seul cas de succès qui fût arrivé à la connaissance de Münch en 1866.

Je n'ai pas été plus heureux et je n'ai trouvé de mon côté aucune autre application de forceps après la mort avec conservation de l'enfant.

Devilliers eut à faire une application de forceps dans ces conditions : elle ne paraît pas avoir présenté de difficultés, puisqu'en cinq minutes il put extraire l'enfant, qui ne donna pas signe de vie. Voici les traits principaux de l'observation :

Devilliers (février 1862). — Primipare. Enceinte de sept mois et demi, morte à la suite d'un vomissement de sang. Il y avait eu quelques douleurs; l'orifice du col est au

[1] Merrimann. *Die regelwidrig Geburt, von Kilian*..., cité dans E. Münch. *De l'accouchement artificiel après la mort*, 1864.

quart de la dilatation. On ne perçoit pas les bruits du cœur de l'enfant. Le mari s'opposant à l'opération césarienne, Devilliers plaça la femme en travers du lit et fit une application de forceps. Il put extraire en cinq minutes un fœtus de l'âge indiqué plus haut et qui ne donna pas signe de vie.

Je crois que c'était la seule conduite à tenir, quand bien même la famille ne se fût pas opposée à l'opération césarienne.

Lorsque, dans les mêmes conditions (bassin normal et col dilaté), la tête est mobile au détroit supérieur ou lorsqu'une autre partie du fœtus se présente, c'est à la version qu'il faut recourir.

Cette opération, peut-être plus souvent pratiquée, a donné quelques succès.

Cependant plusieurs accoucheurs (Meissner, Fulda, d'Outrepont) ont été fort opposés à cette pratique, soutenant que, s'il est vrai que dans ces circonstances, les membranes étant intactes, l'introduction de la main, la recherche des pieds, l'évolution, sont rapides et sans danger pour le fœtus, il n'en est pas de même de l'extraction pendant laquelle on peut rencontrer et on a rencontré en effet des difficultés. La circulation n'existant plus chez la mère, le moindre effort mal dirigé, la plus légère perte de temps est capable d'anéantir le souffle de vie qui persiste encore chez le fœtus.

Cette opinion repose sur une fausse interprétation, sur une connaissance incomplète des faits. Très soutenable si l'on ne considère qu'un fait isolé, elle ne l'est plus si l'on envisage une série; elle l'est moins encore si l'on fait entrer en ligne de compte les résultats de l'opération césarienne *post mortem*.

Laissant momentanément de côté les opérations faites dans des cas de mort apparente, et qui constitueront le plus puissant argument en notre faveur, si nous nous en tenons à la version faite sur des femmes mortes pendant le travail, nous avons pu réunir cinq observations dont deux malheureusement manquent de détails suffisants.

Ces cinq observations sont celles de :

Verhöff	1819
Tahnucci	1864
Bataille (cité par Letenneur)	1861
Franchini	1861
Gueniot	1863

Voici ces observations dans leurs traits principaux :

Observation de Verhöff, de Schoonhwen (Hollande). — Grossesse à terme. Insertion du placenta sur le col. Mort par suite d'hémorrhagie. Version post mortem.

Trente ans. Sixième grossesse. Cinq accouchements heureux antérieurs. La malade perdait en abondance du sang depuis plusieurs jours. Pouls très petit. Faiblesse générale excessive. On trouva le placenta tombé en grande partie dans le vagin. Le sang coulait en abondance et constamment. Présentation transversale. A peine la main était-elle introduite dans le vagin que la femme fut prise d'une attaque convulsive et mourut. L'accoucheur retira la main pour donner des soins à la femme. Le placenta expulsé était alors entre les cuisses ; l'hémorrhagie arrêtée. Après dix minutes de soins donnés infructueusement à la mère, il fit la version et l'extraction d'un enfant mâle à terme.

Le col était mou et largement dilaté; l'opération fut faite promptement. Il ne s'écoula pas une goutte de sang par le cordon. Corps flasque, anus béant. Après des soins prolongés donnés à l'enfant, et notamment après avoir laissé tomber goutte à goutte sur la poitrine de l'ammoniaque liquide, la respiration s'établit et l'enfant continua à vivre.

Efforts inutiles pour ramener la mère à la vie.

Talinucci (1854). — Maria Munni, vingt-deux ans, neuvième mois de grossesse. Éclampsie. On ne peut reconnaître ni mouvements ni battements de cœur fœtaux; faible souffle placentaire. Le dernier soupir rendu, Talinucci procède à l'examen des organes génitaux. Il trouve le col effacé, l'orifice utérin présentant le diamètre d'une pièce de 1 franc, souple, se prêtant à la dilatation. Malgré l'opposition d'un confrère qui voulait qu'on fît l'opération césarienne, il fit pénétrer la main à travers l'orifice, rompit la poche, alla à la recherche des pieds, fit la version et put extraire un fœtus du sexe masculin, qui donna quelques signes de vie. (Verardini. *Del parto forzato*, p. 29.)

Observation de Bataille (cité par Letenneur, 1861).

Mme X..., vingt-six ans. Deuxième grossesse à terme. Prise à trois heures de l'après-midi d'une première attaque d'éclampsie, elle expire un quart d'heure après. Le col présente une dilatation de 3 centimètres. Cette mort si subite pouvant n'être qu'apparente, Bataille croit devoir recourir à l'accouchement par les voies naturelles. Les parties ne présentant que peu de tonicité et de contractilité, la dilatation fut rapide; l'opération ne demanda que quelques minutes. L'enfant vint en état d'asphyxie; après dix minutes de soins (respiration artificielle, etc.), la respiration s'établit. L'enfant vécut jusqu'à dix heures du soir (sept heures).

Franchini (1861). — Melega Luigi in Ferrari. Le mari avait déclaré s'opposer à l'opération césarienne. On put retirer, par les voies naturelles, grâce à la dilatation, et avec la plus grande facilité, un fœtus vivant et qu'on put sauver ainsi.

Pas d'autres détails. (Verardini. *Del parto forzato*, p. 341.)

Gueniot (août 1863). — Grossesse au neuvième mois; mort subite. Version *post mortem*. Débridement du col; forceps. Enfant mort au passage.

On notait des battements réguliers du cœur du fœtus. Col mou, dilatable. La version réussit ainsi que l'extraction jusqu'à la tête. Débridement à droite et à gauche du col auquel on attribuait l'obstacle. La tête ne cède pas; application de forceps. Extraction. Il fut impossible de rappeler l'enfant à la vie. (E. Münch. *Thèse inaug.*, p. 54.)

Ainsi, sur cinq versions faites après la mort, deux enfants naissent vivants et continuent à vivre; le troisième meurt au bout de sept heures; le quatrième ne donne que quelques signes de vie; le cinquième meurt, et probablement pendant l'opération.

Dans le cas de Verhöff, le col était mou et largement dilaté, l'opération fut faite promptement; l'enfant vint en état d'asphyxie, mais il put être rappelé à la vie et continua à vivre.

Dans celui de Franchini, on retira, est-il dit, avec la plus grande facilité un fœtus vivant et qu'on put sauver ainsi. On ne relate aucun détail sur l'état du col.

Dans l'observation de Bataille, le col présentait une dilatation de 3 centi-

mètres; la dilatation fut rapide, l'opération ne demanda que quelques moments. L'enfant vécut sept heures.

Dans celle de Talinucci, le col est effacé, l'orifice utérin présente le diamètre d'une pièce de 1 franc; mais les bords sont souples et se prêtent à une rapide dilatation. Il n'est pas dit combien de temps dura l'opération, ni si l'extraction présenta quelques difficultés. L'enfant ne donne que quelques signes de vie.

Enfin, dans l'observation de Gueniot, on perçoit les battements réguliers du cœur du fœtus pendant l'opération. Bien que le col fût mou, dilatable, si l'évolution et l'extraction du tronc furent faciles, il n'en fut pas de même pour la tête, dont la sortie présenta des difficultés. Il fallut débrider le col, d'où paraissait venir l'obstacle; cela ne fut pas suffisant : une application de forceps fut nécessaire pour extraire la tête. L'enfant ne put être rappelé à la vie et paraît bien être mort pendant l'opération.

Cependant, le résultat de ces cinq versions *post mortem* doit être considéré comme satisfaisant; et si les faits étaient plus nombreux, la proportion des enfants survivants restant la même, il serait impossible de rien dire de plus éloquent en faveur de cette opération, et cela, malgré le fait de Gueniot et la mort probable de l'enfant pendant la manœuvre. Il est incontestable pourtant que l'extraction faite dans ces conditions peut présenter des difficultés qui font courir à l'enfant un sérieux danger.

Ce danger existe déjà pendant le temps de l'extraction chez la femme vivante; il est autrement sérieux chez la femme morte, alors que l'échange gazeux n'a plus lieu du placenta maternel au placenta fœtal. Le plus léger retard peut être fatal, et c'est dans ces cas que, l'utérus ne se contractant pas, la tête et les bras se défléchissent; de plus, le col, n'ayant été qu'en partie et très rapidement dilaté, revient sur lui-même, se resserre à la manière d'une boutonnière, s'accroche par son bord au menton et à l'occiput, et accompagne la tête jusqu'à la vulve. La difficulté peut être grande et le temps dépensé en ces manœuvres assez long. Je le sais par expérience, m'étant trouvé en face de cette complication dans des circonstances presque analogues. Il s'agissait d'une jeune primipare, enceinte de huit mois, atteinte d'éclampsie dans le coma depuis plusieurs heures, et chez laquelle les différents traitements n'avaient donné aucun résultat.

L'enfant était mort. Le col était effacé, dilaté comme une pièce de 1 franc. Je pris la résolution de vider l'utérus, ce qui donna le résultat attendu presque immédiatement. Vingt minutes après, la patiente sortait du coma et n'avait plus d'attaques. La dilatation du col, la rupture des membranes et la recherche des pieds, l'évolution du fœtus, la sortie du tronc, ne demandèrent que quelques instants; mais il n'en fut pas de même de l'extraction de la tête : le col l'accompagna jusqu'à la vulve; je pus avec les doigts dégager la tête, mais cela demanda une dizaine de minutes, pendant lesquelles, si le fœtus n'avait pas été mort, il eût couru les plus grands dangers.

Je ne veux donc en aucune façon pallier ou atténuer les dangers de cette complication. Mais ce n'est nullement un motif pour abandonner l'accouchement par les voies naturelles; car, d'une part, ce danger est rare, et, de l'autre,

ce danger est largement compensé par la promptitude avec laquelle on peut agir.

La version peut se faire à l'instant même de la mort; elle peut se faire, et c'est là un avantage inappréciable, pendant l'agonie.

L'opération césarienne entraîne avec elle des hésitations, des retards inévitables.

La connaissance des résultats donnés par l'opération *post mortem* est indispensable pour apprécier avec équité les résultats de l'accouchement artificiel par les voies naturelles, que le col soit dilaté ou dilatable, comme dans les cas précédents, ou qu'il ait conservé toute sa longueur ou une partie de sa longueur, comme dans ceux que nous examinerons plus tard.

Lorsque le fœtus survit à la mère, le temps pendant lequel il lui survit est en général très court; il dépend du genre de mort, de sa rapidité. Les données que nous possédons à cet égard nous viennent, d'une part, d'expériences physiologiques, d'autre part, de statistiques d'opérations césariennes *post mortem.*

Les conclusions auxquelles est arrivé Breslau (1868), à la suite d'expériences sur des lièvres, des lapins et des cochons d'Inde, sur la survie du fœtus après la mort de la mère, sont les suivantes :

1° Il ne peut pas être révoqué en doute que le fœtus humain, ainsi que ceux des animaux, survit toujours à sa mère quand la mort a été prompte et violente, comme l'hémorrhagie, l'asphyxie, l'apoplexie, les coups sur la tête, etc.

2° Il est admissible que le fœtus humain survit plus longtemps à la mort de la mère que les petits des animaux.

3° Il n'est pas probable que l'opération césarienne donnera un fœtus vivant ou dans un état de mort apparente, si elle n'est faite dans le premier quart d'heure ou tout au moins vingt minutes après la mort.

4° Si la mère a succombé à une maladie du sang, telle que le choléra, le typhus, la fièvre puerpérale (pendant la grossesse ou l'accouchement), la scarlatine ou la variole, on ne peut espérer de conserver l'enfant, parce que les conditions de son existence n'ont pas été supprimées d'un seul coup, mais bien anéanties peu à peu. Il en est de même dans les cas d'empoisonnement par des substances qui déterminent une décomposition très rapide du sang, telles que l'acide cyanhydrique et les poisons analogues. La mort par le chloroforme paraît constituer une exception à cette règle, parce que le chloroforme ne paraît pas pénétrer en substance dans la circulation de l'enfant.

Ces conclusions sont corroborées par la clinique et les statistiques d'opération césarienne *post mortem.*

Esterle (Mémoire, 1861), sur 7 opérations césariennes faites par lui, ne put extraire qu'un seul enfant vivant et qui vécut seulement quelques heures.

Sur 20 cas d'opérations césariennes communiqués par ses collègues italiens, un seul succès.

Il rapporte que Swarz, sur 13 opérations, eut un seul résultat favorable;

que dans le grand-duché de Hesse, dans 42 opérations, tous les fœtus furent trouvés morts.

Statistique de Hyernaux, de 1800 à 1832 :

Sur 200 opérés, 160 fœtus extraits morts; 24 moribonds; 10 vécurent quelques heures; 4 furent sauvés.

Statistique de Lange, de 1832 à 1847 : sur 143 opérations césariennes,

123 fœtus furent trouvés morts; 11 donnèrent quelques signes de vie; 3 vécurent de deux à quatre heures; 3 survécurent.

Et ce qui met le mieux en relief l'état de la question, c'est l'intéressante statistique dressée par Lange à différentes époques.

Avant 1700, si l'on prend en bloc les faits relatés dans les traités d'embryologie sacrée (*Cangiamila*, etc.), l'opération césarienne a donné 70 p. o/o d'enfants vivants.

De 1700 à 1800	12 p. o/o
Depuis 1800, à peine	2 p. o/o

Ainsi voilà qui est bien net : si on laisse de côté ce ramassis de faits fabuleux recueillis par les embryologistes sacrés du XIIe au XVIIe siècle, si on soumet à l'analyse les faits recueillis depuis le commencement de ce siècle, on arrive à ce résultat que, sur 100 opérations faites après la mort, on sauve un enfant, 2 tout au plus.

Si l'on nous objecte que Villeneuve (1862) et d'autres citent des cas de survie de plusieurs heures :

2 cas d'enfants trouvés vivants après deux heures;
1 cas d'enfant trouvé vivant après deux heures et demie;
1 cas d'enfant trouvé vivant après trois heures;
1 cas d'enfant trouvé vivant après quatre heures et demie,

nous répondrons d'abord que les cas d'opérations césariennes *post mortem* colligés par Reinhart et Hyernaux, appartenant au XIXe siècle, ne présentent aucun exemple d'enfant extrait vivant plusieurs heures après la mort de la mère; qu'il faut, à l'endroit de ces chiffres, se tenir sur la réserve.

Nous dirons ensuite que, comme dans le cas de Rigaudeaux, il y a des faits de mort apparente soit de la mère, soit de l'enfant, faits qui prouvent surabondamment que, quand bien même les battements du cœur fœtal ne sont pas perçus (ils peuvent se suspendre quinze à vingt minutes), c'est toujours un devoir pour le médecin de délivrer une femme dans une grossesse avancée, faits qui ne prouvent rien contre les chiffres donnés plus haut.

La statistique de Lange garde toute son éloquence, et, lorsque le professeur Depaul fixait à une heure le temps de survie possible de l'enfant à la mère, il fixait une extrême limite.

Les résultats donnés par la statistique sont tels qu'on a dû chercher à faire autrement et mieux; ces résultats sont tels qu'ils justifient presque Roser de s'être cru autorisé à pratiquer l'opération césarienne chez une femme qui allait mourir et réussit ainsi à sauver l'enfant.

N'avons-nous pas raison de dire que cette courte série de cinq observations, citée plus haut, est très heureuse?

Elle prouve, malgré les attaques dirigées contre cette opération, que la version *post mortem* est supérieure à l'opération césarienne.

Elle lui est supérieure, parce que l'intervention est immédiate et la manœuvre le plus souvent rapide; il y a plus de chances d'extraire l'enfant vivant.

L'opérateur n'a pas les hésitations inhérentes à l'opération césarienne.

Dans l'opération césarienne, il se demande si la mort n'est qu'apparente, s'il ne va pas ouvrir une femme vivante, doute qui a fait hésiter la main de plus d'un médecin.

L'opération est par elle-même si grave qu'on ne se résout à la faire qu'avec le consentement, l'assentiment de la famille; souvent la famille hésite, parfois refuse, d'où un retard presque inévitable.

Quelque courts que soient les préparatifs de l'opération, ils exigent quelques instants, car elle doit être faite avec autant de soin que si la femme était vivante; de là de nouveaux délais.

C'est à cause de ces retards et de ces hésitations que les statistiques d'opérations césariennes donnent de si tristes résultats; c'est parce que, dans la version *post mortem*, il n'y a ni retards ni délais que, dans la trop courte série donnée plus haut, le résultat est relativement si favorable.

II.

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL APRÈS LA MORT, LORSQUE LE TRAVAIL EST AU DÉBUT OU N'EST PAS COMMENCÉ. — DE LA MORT APPARENTE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

L'idée de dilater rapidement le canal cervical chez les femmes qui meurent en état de grossesse avancée, même avant le début du travail, et de terminer en quelques instants l'accouchement césarien si l'orifice était dilaté, appartient à plusieurs.

Il paraît certain que, dès 1823, Duparcque en fit le sujet d'une communication à la Société de médecine du département de la Seine. Plus tard, en 1832, Hyernaux conseillait dans ces cas l'accouchement forcé, à l'exclusion de l'opération césarienne. Mais il est hors de toute contestation que c'est à Rizzoli que revient le mérite d'avoir démontré que non seulement cette opération est praticable, mais que le plus souvent elle est presque aussi facile et aussi rapide que lorsque le col est dilaté; qu'elle n'est pas beaucoup plus dangereuse pour l'enfant, pas plus dangereuse pour la mère, dont les parties molles ne présentent que les lisières de l'accouchement physiologique.

Rizzoli a le mérite d'avoir fait accepter cette méthode par ses collègues et ses élèves, de l'avoir fait entrer définitivement dans la pratique. Duparcque lui-même l'a reconnu implicitement lorsqu'il a dit : «Il est nécessaire d'observer les règles prescrites par l'école de Bologne, ainsi que les enseignements de M. Rizzoli, lorsqu'on veut délivrer les femmes qui sont sur le point de mourir ou qui sont déjà mortes.»

Voici comment Rizzoli fut amené à conseiller cette pratique dans tous les cas :

«J'étais [1] encore interne à l'hôpital du Ricovero, lorsque, le matin du 21 février 1833, je fus appelé par mon ami le Dr Rivani, pour faire l'opération césarienne chez une femme de quarante ans, enceinte de neuf mois, qui venait de mourir subitement d'une orthopnée. Arrivés sur les lieux, nous constatâmes qu'il n'y avait aucun signe de vie et que l'utérus ne manifestait aucun symptôme de travail. Dans ce cas, la science conseille l'opération et la loi l'exige, dans le but de sauver la vie du fœtus s'il est encore vivant.

«Je dois avouer que j'hésitai un peu avant de commencer l'opération, et qu'en la pratiquant j'éprouvai une angoisse et une horreur profondes en songeant que la mort de cette femme pouvait n'être qu'apparente, ainsi qu'il est arrivé dans quelques cas, heureusement fort rares.

«Le fœtus était mort, et je restai convaincu qu'il en était de même de la mère; malgré cela j'accomplis l'opération avec l'exactitude la plus scrupuleuse. J'appliquai un pansement régulier et je rentrai à Bologne, l'esprit même troublé par la triste impression qui s'était emparée de moi.

«En réfléchissant ensuite sur ce cas lugubre et sur la circonstance que la science ne possède pas les signes certains de la réalité d'une mort subite, il me parut qu'il n'était pas toujours prudent de pratiquer l'opération césarienne, et que, dans ce cas particulier, il aurait mieux valu, alors même que le travail d'accouchement n'eût pas commencé avant la mort de la mère, pénétrer peu à peu avec la main dans l'orifice externe du col de la matrice, et le débrider en cas de besoin, pour accomplir promptement l'accouchement podalique ou pour appliquer le forceps sans même déchirer la poche des eaux, afin d'être sûr de ne pas blesser le fœtus. Cela me paraissait d'autant plus rationnel qu'on ne fait pas autrement lorsqu'une femme enceinte, et non encore en travail d'accouchement, est atteinte de métrorrhagie grave que l'on ne peut arrêter que par l'accouchement artificiel immédiat.

«J'étais encore préoccupé de ces pensées, lorsque, le jour même, je fus prévenu que le parquet avait ordonné l'autopsie de la femme en question, et en avait chargé le Dr Barbieri, mon ami, et un autre médecin, mon ennemi déclaré.

«Ce dernier, arrivé avec son collègue près du lit où se trouvait le cadavre, se tourna vers le mari avec un air de compassion, et lui dit : «Pauvre homme! votre femme «n'était pas morte encore quand on lui a ouvert le ventre : c'est Rizzoli qui l'a tuée en «l'opérant. Il est donc inutile d'en faire l'autopsie.» Le mari resta, comme on peut le croire, pétrifié; ce ne fut qu'après les explications fournies par le Dr Rivani, qui avait été présent à l'opération, qu'il se calma. Le Dr Barbieri, surmontant la résistance de son collègue, voulut procéder à l'ouverture du cadavre, et l'on put constater que la femme était morte par suite de la rupture d'un anévrisme de l'aorte thoracique.

«Informé par les confrères Rivani et Barbieri de tout ce qui s'était passé, je leur déclarai qu'à l'avenir, de pareilles circonstances venant à se produire, je saurais éviter à mes amis et à moi-même des scènes aussi pénibles. Je leur confiai alors que j'avais déjà songé à substituer à l'opération césarienne, toutes les fois qu'un obstacle insurmontable ne s'y opposerait pas, l'accouchement artificiel par les voies naturelles, ainsi qu'on le pratique en quelques cas pour conserver la femme vivante. Les raisons sur lesquelles j'appuyai ma manière de voir leur parurent si concluantes que le D Rivani lui-même pratiqua bientôt l'opération que je projetais et que je rapporterai tout à l'heure.»

[1] De l'accouchement artificiel instantané, par les voies naturelles, en remplacement de l'opération césarienne chez les femmes mourantes ou décédées dans un état de grossesse avancée. *Clinique chirurgicale*, trad. Andréivi, p. 575.

Quelques-unes des observations qui suivent sont d'une concision telle qu'elles échappent à toute analyse comme à toute critique :

Rizzoli (1834). — Chez une phtisique enceinte de huit mois, il trouva l'orifice du diamètre d'une pièce de 10 centimes. Immédiatement après la mort, il introduisit successivement les cinq doigts, déchira les membranes, et put extraire par les pieds un fœtus mort depuis plusieurs jours.

Il semble bien qu'il y avait eu commencement de travail et que le col était effacé.

Dans le fait suivant, l'état du col n'est pas même indiqué et on ne nous dit rien de l'enfant qui, sans doute, était mort.

En 1851, le professeur Rizzoli, à l'hôpital Ricovero, de Bologne, pratiqua la même manœuvre chez une femme de vingt-neuf ans (Anna Lelli) au sixième mois de sa grossesse. C'était une primipare morte de tubercules pulmonaires. *Grâce à des incisions*, il put introduire facilement la main et extraire avec douceur le fœtus par les pieds.

Cette absence des détails les plus importants est plus saillante encore ici :

En 1855, dit Rizzoli, notre ville fut ravagée par le choléra; j'ai pu, avec plusieurs autres accoucheurs, largement apprécier les avantages de ma méthode en réussissant non seulement à retirer ainsi les fœtus de la matrice des femmes enceintes, mais à les retirer vivants.

Il nous intéresserait beaucoup de savoir combien de femmes on accoucha ainsi, si le travail était à peine commencé ou très avancé, combien de temps dura l'opération, combien d'enfants furent retirés vivants, combien de temps ils vécurent. C'était d'autant plus intéressant que, dans le choléra, l'altération du sang est si profonde que, le plus souvent, l'enfant doit mourir avant la mère.

Les faits suivants ne sont guère plus précis :

Golinelli (Léopold) (1861). — Clémentine Tioli, morte d'hémorrhagie cérébrale à l'hôpital de Bologne à cinq mois de grossesse. L'accouchement forcé fut pratiqué par l'interne Léopold Golinelli, qui put extraire le fœtus avec une facilité et une rapidité extrêmes. L'enfant venait de mourir, car Golinelli trouva les bruits du cœur.

Rizzoli, quoique très jeune alors, sut faire croire en lui; ses amis d'abord, plus tard ses élèves, acceptèrent cette idée, si bien que les accoucheurs qui sortaient de l'école de Bologne ne perdaient pas une occasion de tenter l'accouchement par les voies naturelles.

Les faits se multiplièrent, et, une fois nombreux, Verardini et Belluzzi en Italie, Jaussens en Belgique, se mirent à les faire connaître.

C'est Rizzoli qui, le premier, a formulé nettement l'idée de substituer toujours cette méthode à l'opération césarienne *post mortem*, ce sont les médecins italiens qui l'ont mise en pratique d'une façon suivie et qui ont publié le plus grand nombre de faits. Ce sont leurs écrits, leurs polémiques qui l'ont vulgarisée.

Les médecins italiens ont fait cette méthode *leur*, et il serait injuste de ne pas lui laisser le nom de *méthode italienne* ou *méthode de Rizzoli*.

Ce juste tribut d'éloges payé, qu'il nous soit permis de regretter qu'on n'ait pas apporté toujours dans la rédaction des faits tout le soin et toute la précision désirables.

Voici un fait qui laisse à désirer sous le rapport de la précision :

Au moment de la mort, à l'autopsie, l'utérus, le vagin, les parties génitales externes ne présentaient pas trace de lésions.

Antonio Capieri, Cesare Basi, Edouardo Veschiti purent, à l'hôpital provincial, extraire vivant et avec la plus grande facilité, chez une femme morte d'une maladie de cœur, un fœtus de six mois qu'on put baptiser. L'utérus, le vagin, les organes génitaux externes furent trouvés totalement sains à l'autopsie.

Belluzzi n'est pas plus explicite :

Carioli Jiulia, morte de pneumonie à six mois de grossesse. Le mari permettait l'extraction par les voies naturelles pour baptiser l'enfant; il n'aurait pas permis l'opération césarienne. L'extraction amena un fœtus mort depuis plusieurs jours.

Je vois que d'Amato, en pratiquant l'accouchement forcé, trouva le col en état de rigidité. Il exécuta plusieurs débridements pour appliquer le forceps sur la tête du fœtus, et il l'amena vivant par ce procédé. Il ne m'a pas été possible de trouver l'observation de d'Amato.

Dans l'observation suivante, due à Otterbourg, et qui peut-être eût été mieux à sa place dans l'étude de l'*accouchement artificiel* post mortem *lorsque le col est dilaté*, le travail était avancé, le col effacé, la dilatation commencée, la poche des eaux rompue, mais Otterbourg ne dit pas à quel degré était la dilatation ni si l'orifice fut facilement dilatable.

Otterbourg [1]. — Mme X., âgée de vingt-deux ans, dont j'avais soigné l'enfance, arriva au terme d'une grossesse régulière sans accidents autres que ceux qu'on observe journellement. Les premières douleurs se manifestèrent vers cinq heures du matin, d'abord lentement, après des intervalles assez longs; puis avec plus d'intensité, mais avec une grande régularité. Vers neuf heures, un léger vomissement survint qui aida la dilatation, sans la provoquer complètement. La poche des eaux se rompit spontanément, laissant couler peu de liquide et sans changer ni entraver la marche régulière du travail. La tête se présentait dans la position occipito-iliaque gauche antérieure.

Vers midi, tout à coup, tandis que j'étais en face du lit de la malade, sans intervention aucune, elle fut prise pendant une douleur modérée d'une attaque d'éclampsie apoplectique (apoplexie puerpérale). En vain j'employai tout ce que la science enseigne en pareil cas : frictions, lotions, stimulants, et deux saignées du bras sans résultat. Cette mort instantanée était le résultat d'une attaque unique, sans signes précurseurs au milieu du calme le plus parfait. L'auscultation faite à plusieurs reprises m'ayant démontré que les battements du cœur du fœtus s'affaiblissaient, je *complétai la dilatation du col* avec les mêmes précautions que si la mère fût vivante : j'appliquai le forceps et j'amenai un enfant du sexe masculin qui, d'abord dans un état d'asphyxie, fut ramené

(1) A propos de l'opération césarienne après la mort, par le Dr Otterbourg. *Revue médicale*, 31 août 1861.

à la vie grâce à mes soins. Cet enfant me rappelle un souvenir plein de tristesse et un sujet de satisfaction morale pour notre art, car je puis dire que, sans mon intervention, il n'existerait pas aujourd'hui.

La seule observation d'accouchement artificiel *post mortem*, au début du travail, rapportée avec une précision suffisante, est due à Hyernaux. La voici dans les détails qu'il nous importe de connaître :

Hyernaux (1869). — Mme Van W..., trente-neuf ans, huitième mois de grossesse, primipare, contrefaite, mais avec un bassin régulièrement conformé.

Le 4 mai, elle est prise d'un malaise général indéfinissable; à dix heures du soir, premier accès d'éclampsie; vingt minutes après, deuxième accès.

L'examen de l'utérus permet de constater que le corps se contracte légèrement par intervalles; le col, dirigé à gauche et en arrière, est long de un demi-centimètre environ et son orifice permet à peine l'introduction de la pulpe de l'index.

Hyernaux ne perçoit pas les bruits du cœur du fœtus : il se demande s'il ne fera pas immédiatement l'accouchement forcé. Le souvenir d'un cas analogue et terminé heureusement, il y a quelques semaines, le fait hésiter.

La malade meurt subitement quelques instants après pendant que l'accoucheur est allé chercher des instruments.

A son retour, Hyernaux trouva le col utérin dans le même état : il y enfonce l'index puis une pince à polype qui sert à le dilater. En ce moment, les membranes amniotiques se rompent et les eaux s'écoulent fortement chargées de méconium. La tête se présente; il applique le forceps et extrait promptement l'enfant qui ne donnait plus signe de vie; toute la manœuvre, montre sous les yeux, a duré trois minutes.

A ces faits je pourrais joindre ceux d'accouchements artificiels pendant l'agonie dont j'ai pu réunir une quinzaine, quelques-uns avec des détails suffisants. Mais il m'a paru que ces faits forment un groupe qui doit être étudié à part. Les conditions sont en effet tout autres : la rapidité d'exécution n'a plus la même importance; il est, au contraire, prudent d'agir avec une certaine lenteur et, dans quelques cas, on a pu recourir aux procédés ordinaires de l'accouchement provoqué prématurément; enfin on a beaucoup plus de chances d'extraire l'enfant vivant.

Laissant de côté l'accouchement artificiel pendant l'agonie, il nous reste à examiner la grave question de la mort apparente chez les femmes grosses, puisque c'est elle qui a fait abandonner l'opération césarienne *post mortem* par un grand nombre d'accoucheurs.

La mort apparente, rare chez l'homme, l'est moins chez la femme; elle l'est encore moins pendant la gestation.

Les recueils scientifiques nous fournissent à cet égard quelques observations d'un grand intérêt et dont nous pourrons tirer un double enseignement.

Nous pourrons, en les examinant, continuer à étudier quelle est la gravité de l'accouchement artificiel pour la mère et pour l'enfant; nous avons surtout à leur demander si, dans l'état actuel de la science, l'accoucheur pourra toujours distinguer la mort réelle de la mort apparente.

Guillemeau [1] recommandait que « Premièrement, devant que de venir à

[1] Les œuvres de chirurgie de Jacques Guillemeau, 1649, *L'heureux accouchement*, p. 347.

toute opération, il faut que le chirurgien observe diligemment et soit assuré que la mère est morte, et que les parents et amis et autres assistants confessent et jugent tous que son âme soit partie en l'autre monde».

Sommes-nous beaucoup plus assurés de la réalité de la mort qu'au temps de Guillemeau, et l'accoucheur ne pourrait-il pas tout aussi bien invoquer le témoignage des parents, amis et autres assistants? C'est ce que nous verrons.

Inutile d'ajouter que nous avons laissé de côté les faits fabuleux qui abondent dans les embryologistes sacrés. Nous n'avons pris que des faits qui paraissent authentiques :

Pen [1]. — Je n'ai jamais voulu l'entreprendre (opération césarienne) sur un corps vivant; je vous dirai ingénuement qu'au commencement que je pratiquais, il m'arriva d'être mandé à la porte Saint-Martin pour la faire chez une jeune femme grosse à terme d'un puissant enfant. Un nombre de voisines que j'y trouvai m'en pressèrent fort, m'assurant qu'elle était expirée. Je le crus aussi icomme elle, car lui ayant fait mettre un miroir sur le visage, il ne parut aucun souffle de vie, et déjà je n'avais *nul mouvement sur la région du cœur,* y ayant porté la main pour m'en assurer. Mais, soit que la distance qui se trouve d'ordinaire en l'agonie entre les soupirs ou les mouvements de diastole et de systole, aida à me tromper en ce commun trouble, soit que Dieu permit que je les crus ainsi trop aisément pour m'apprendre à ne donner pas une autre fois tête baissée dans la volonté de tels gens sous un prétexte de charité mal concertée, il est certain que, portant l'instrument pour faire une incision, cette femme fit un tressaillement occompagné de grincements de dents et de remuement des lèvres, dont j'eus une si grande frayeur que je pris dès lors la résolution de ne l'entreprendre jamais qu'à coup sûr.

Van Swieten [2]. — Je me souviens d'avoir été appelé pour une femme grosse d'environ trois mois, si épuisée dans l'espace de cinq heures, par de subites et très copieuses évacuations, occasionnées par un débordement de bile considérable, qu'elle tomba en *convulsions* et ensuite dans une véritable syncope, de sorte que les assistants la croyaient morte lorsque j'arrivai. Je lui fis frotter les extrémités avec des linges chauds, j'appliquai prudemment au nez et à la langue des remèdes spiritueux stimulants qui, pendant un quart d'heure, ne produisirent aucun effet. Les amis de cette femme étaient presque indignés de me voir ainsi tourmenter un cadavre. Je continuai cependant, et quelques minutes après j'aperçus un petit mouvement aux carotides; elle remua les paupières, gémit et revint peu à peu à elle. Son corps épuisé fut restauré par de bons aliments..... Elle accoucha le septième mois d'un enfant vivant qui vécut peu de jours.

Rigaudeaux (1745). — Rigaudeaux tâta le pouls sur le cœur et au-dessus des clavicules sans apercevoir aucun mouvement dans les artères.

La femme était tombée *plus de dix fois dans la nuit en faiblesse et en convulsions.* Vers six heures, *nouvelle convulsion avec écume à la bouche* qui a été suivie de mort.

Louis (1752). — Une jeune femme en couches fuyant l'Hôtel-Dieu, où régnait une épidémie, vint à pied chercher un asile à l'hôpital de la Salpêtrière. Tombée deux fois

(1) Pen. *La pratique des accouchements*, 1694, p. 333.

(2) *Aphorismes de chirurgie*, d'Hermann Boerhaeve, commentés par Van Swieten. *De l'accouchement difficile*, t. VII, p. 322.

en syncope pendant le chemin, elle éprouva le même accident à son arrivée. Regardée comme morte, elle fut transportée à la salle des morts. Quelque temps après, un élève, ayant entendu des gémissements, vint en prévenir Louis, qui trouva cette femme réellement morte, mais acquit la certitude qu'elle avait fait des efforts pour sortir du linceul dans lequel elle était enveloppée; elle avait une jambe par terre hors du brancard et un bras appuyé sur la barre du tréteau de la table de dissection à côté de laquelle elle avait été placée.

Bodin [1] rapporte, à la fin de son *Essai sur les accouchements*, l'observation suivante :

Observation d'une opération césarienne faite avec succès. — La femme Gauthier, du village de la Jauverie, commune de Montant, département de Loir-et-Cher, étant dans les douleurs d'une grossesse à terme, tomba dans un tel état que le nommé Pévoud, chirurgien à Cangey, la croyant morte, lui ouvrit le ventre et la matrice avec un rasoir, et sans trop de précautions, pour sauver la vie de l'enfant. L'effusion du sang, la douleur de l'opération rappelèrent cette malheureuse à la vie. Elle poussa un soupir et dit : *Que vous me faites mal!* au moment où ce chirurgien s'efforçait d'enfoncer une aiguille dans un des bords de la plaie, pour contenir les entrailles dans l'abdomen par un point de suture. Surpris et autant effrayé de ces paroles que de l'opération qu'il venait de faire et qu'il n'aurait jamais entreprise sur une femme vivante, il s'enfuit. Il fallut retourner chez lui l'assurer que la Gauthier n'était pas morte et qu'elle le priait de venir la recoudre, pour l'y déterminer. Un frère qu'il avait à Limeray, et un peu moins ignorant que lui, dirigea la cure; elle guérit et vivait encore en septembre 1792.

Baudelocque [2]. — Un médecin très connu nous a communiqué un autre fait de la même espèce qui ne date que de l'an vi. Un chirurgien du voisinage de la ville qu'il habite ouvrit aussi le ventre de la femme avec des ciseaux. L'enfant présenta aussitôt un des pieds à la plaie de la matrice et fut expulsé par la voie naturelle, avant qu'on eût achevé d'ouvrir entièrement ce viscère. La femme était complètement guérie au bout de deux mois.

Triuchinetti [3] rapporte qu'une femme en travail tomba en syncope à cause de la violence des douleurs. Un chirurgien peu expérimenté fit l'opération césarienne. Pendant l'opération, les artères de l'utérus dardaient des jets de sang. La patiente en perdit la vie.

Reinhardt [4] cite le fait d'une femme qui revint à elle au moment où l'on faisait l'incision des téguments et qui, plus tard, aurait accouché heureusement.

Dans le journal de chirurgie de Sédillot [5], on lit que Pournel ouvrit avec un rasoir le ventre et la matrice d'une femme en état de mort apparente, et qu'il en retira l'enfant. Mais à ce moment, la femme se prit à gémir, et l'opérateur prit la fuite; ce ne fut qu'à grand'peine qu'on put le décider à revenir

[1] *Essai sur les accouchements*, F. Bodin, chirurgien, membre du Corps législatif; Paris, an v de la République, p. 7.
[2] *L'art des accouchements*, Baudelocque, t. II, 7e édit., p. 406.
[3] *Journal général*, t. LXIX, p. 110.
[4] *Der Kaiserschnitt an Todten*, Reinhardt, p. 22, 1829.
[5] *Thèse inaugurale*, Münch, p. 32.

auprès de son opérée, dont il recousut l'abdomen. La femme guérit et en fut quitte pour une hernie ventrale.

D'Outrepont [1]. — Une femme à terme, d'une santé habituellement bonne, est prise de frissons suivis de chaleur et reste sept heures dans un état comateux. Elle en est tirée par des émissions sanguines, des sinapismes, des applications froides. Le lendemain et le jour suivant, elle se trouve assez bien et n'a qu'une fièvre modérée. Le troisième jour, après avoir râlé quelque temps, elle tombe dans un état que l'on pourrait prendre pour la mort : extrémités froides, sphincters paralysés; pas de trace de pouls et de *battements* de cœur; pas de respiration; le regard éteint, vitreux, la cornée trouble comme affaissée; la face cadavérique; toutes les parties du corps étaient insensibles aux plus fortes excitations. Les mouvements du fœtus étaient sensibles et visibles. Après avoir mis en usage pendant trois quarts d'heure tous les moyens pour la rappeler à la vie, d'Outrepont s'éloigna pour aller chercher l'appareil nécessaire à l'opération césarienne.

Comme il revenait au bout d'une demi-heure, le mari vint lui dire que sa femme était sortie de cet état en poussant un profond soupir. La femme se remit complètement, accoucha à terme d'un garçon, et tous deux se trouvèrent dans un bon état de santé quelque temps après.

Otterbourg [2]. — Une sage-femme allemande, assistée de M. le Dr Frogé, avait passé un jour et une nuit auprès d'une femme de trente ans, d'une santé débile; elle était épuisée par une hémorrhagie contre laquelle tous les moyens employés restèrent impuissants.

Elle s'affaiblissait de plus en plus et, pendant qu'on venait me chercher, elle avait, dit-on, rendu le dernier soupir. Cette femme était à la dernière quinzaine d'une grossesse régulière; l'enfant donnait tous les signes de la vie fœtale et remuait encore quelques heures avant. Je trouvai la femme dans une situation telle que l'idée d'une mort apparente ne me vint pas à la pensée, pas plus qu'à mon confrère. La femme avait la pupille fixe; pas de pulsations perceptibles à la radiale; l'auscultation de la poitrine ne donnait que des signes négatifs, et il y avait de l'écume à la bouche.

L'auscultation me donna la certitude que l'enfant vivait. J'appliquai facilement le forceps, et jugez, Messieurs, de ma surprise en voyant, à la première traction, la femme commencer à mouvoir ses bras et ses jambes. Son visage se colora; elle vomit et me força, par ses mouvements incoercibles, de retirer mon instrument. Cette femme revint complètement à elle et, après l'emploi de toniques, elle accoucha d'une fille qui est actuellement vivante et en bonne santé.

Dans un de ces cas (d'Outrepont), la femme revint à elle au moment où on allait commencer l'opération césarienne.

Dans deux (Pen et Reinhardt), les femmes sortirent de leur léthargie à l'instant où l'on incisait les téguments.

Dans deux (Bodin et Sédillot), l'opération fut achevée. Les patientes ne revinrent à elles qu'au moment où on suturait la paroi. Les deux femmes guérirent.

Dans un (Triuchinetti), le sang était, pendant l'opération, dardé par les artères de l'utérus sur le chirurgien. La femme en mourut.

[1] *Thèse inaugurale*, Münch, p. 32. Observation tirée de : *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, t. XIII, 1843.

[2] *Revue médicale*, p. 102, août 1862. Communication faite à la Société de médecine de Paris.

Dans un (Baudelocque), au moment où le chirurgien ouvrait l'utérus, la femme accouchait par les voies naturelles. Elle n'en guérit pas moins.

Mais combien ces faits, le dernier surtout, donnent raison aux partisans de l'accouchement *post mortem* par les voies naturelles, et comme ils mettent en pleine lumière toute la valeur de cette méthode dans les observations suivantes, où les cinq femmes ont été sauvées et quatre enfants ont pu être extraits vivants par les Drs Louis Golinelli (1843), Rivoni (1850), Taliuucci (1857), Finizzio (1862), Échassériau (de Lyon)!

Golinelli (Louis), médecin cantonal de Gubio (1843). — Le clocher d'une paroisse sonnait le glas funèbre d'une jeune femme qu'on disait morte d'éclampsie consécutive à d'autres symptômes de dystocie. On vint m'appeler pour faire l'opération césarienne, afin de baptiser le fœtus. Avant de faire pénétrer le bistouri dans le corps encore chaud de la pauvre femme, je voulus explorer le col de la matrice, dans l'intention de retirer le fœtus par les voies naturelles, afin de l'avoir promptement vivant et en état de recevoir le baptême. Je me préparai donc à l'accouchement forcé. J'introduisis successivement les doigts, puis toute la main, dans le col et dans la matrice, je déchirai les membranes, je saisis un pied et je retirai le fœtus vivant.

Pendant l'opération, j'avais cru sentir une contraction légère de l'utérus, et il me vint à l'esprit le soupçon que la femme n'était qu'en état de mort apparente; je rentrai ma main dans la matrice, délivrée du fœtus et de ses enveloppes, je la chatouillai avec les doigts et j'acquis la certitude qu'elle se contractait réellement. Je prescrivis des frictions chaudes sur le ventre et aux extrémités, puis une sinapisation générale. Deux heures après, l'opérée ouvrait les yeux; elle me reconnut et bientôt elle guérit. Le fœtus vécut quelque temps; mais il n'avait qu'un peu plus de cinq mois et il était de faible constitution : il mourut. . . . . (Rizzoli, *Mémoires d'obstétrique*, p. 578; traduction Andérini.)

Rivoni (1850). — Marie Vecchi, âgée de quinze ans et mariée depuis une année, était de bonne constitution, de tempérament lymphatico-nerveux, et ne présentait aucun vice de conformation. Elle se trouvait à terme de sa première grossesse et, au dernier jour de septembre 1850, elle fut prise par des douleurs que l'on crut être celles de l'accouchement et qui la firent souffrir depuis l'aube jusqu'à la nuit. C'étaient des attaques *d'éclampsie* qui, devenant de plus en plus violentes, mirent la pauvre patiente à bout de force et de courage, au bord de la tombe.

Lorsque j'allai voir cette malheureuse, les parents, le mari, les habitants du village la pleuraient comme morte. Effectivement, elle était sans mouvements, couchée sur le dos, pâle, refroidie, sans pouls, sans battements cardiaques, sourde à la voix et aux cris des assistants, insensible. Cette scène funèbre ne me troubla point; sans perdre mon temps en recherches et en tentatives inutiles, encouragé par le souvenir de vos conseils, je me débarrassai de mes habits et, m'approchant du lit où se trouvait celle que moi-même je croyais morte, je me mis à tenter l'opération de l'accouchement forcé. Elle ne fut pas difficile; la dilatation du col et la lacération de la poche des eaux faites, je pus saisir un pied et retirer le fœtus, qui ne donnait pas signe de vie. La délivrance ne présenta pas plus de difficultés. Les indications urgentes étaient ainsi accomplies: cependant un sentiment intime me retenait à côté du lit et je posai même ma main sur la région du cœur, que je frictionnai légèrement, en tenant les yeux fixés sur la pauvre femme qui était l'objet de mes soins. Après un temps qui me parut bien long, je surpris un mouvement, aussi rapide que l'éclair, des paupières et de la lèvre inférieure.

Je renonce à dire quelle fut ma joie; je ne pensai qu'à redoubler mes tentatives pour secourir la malheureuse, et avec un peu de vin généreux, des frictions et de la

chaleur, je la rappelai à la vie. (Lettre de Rivoni à Rizzoli; Rizzoli, *Mémoires d'obstétrique*, p. 579.)

Talinucci (1857). — A la fin de l'année 1857 se présenta chez moi un homme qui, dans une grande agitation, me supplia de le suivre en toute hâte, pour voir une femme qu'il assurait être morte subitement. Je lui adressai quelques questions, sans arriver à comprendre la cause de cet accident. Il ne me restait qu'à le suivre, et, après une longue route par un chemin écarté, il me conduisit à une demeure où je trouvai une femme étendue sur un petit lit, toute vêtue, couchée sur le dos, les bras écartés et ne donnant pas signe de vie. Je ne trouvai plus le pouls ni les battements du cœur; déjà la peau devenait froide et la physionomie cadavérique. Pendant que je faisais cet examen, le grand développement du ventre attira mon attention, et, en le palpant, je reconnus à son développement, à sa forme, à sa consistance, les signes d'une grossesse assez avancée. Je m'adressai à une femme, seule personne présente, et lui soumis mes doutes; elle me répondit qu'en effet la malheureuse était enceinte et grosse de huit mois. Je recommençai en vain mes questions sur la cause de la mort; j'appris seulement que cette femme, quelques heures avant, avait été prise de vomissements avec *convulsions*, qu'elle perdit alors connaissance et était restée dans cet état. Sans plus tarder, et incertain s'il s'agissait d'une apoplexie ou d'une asphyxie, je saisis le bras et pratiquai une saignée, mais inutilement; le sang ne vint pas. Alors je m'occupai du fœtus, qui déjà avait huit mois, et il me parut nécessaire de faire immédiatement l'opération césarienne, pour le soustraire à la mort si c'était possible; mais je fus arrêté par les gens de la maison, qui me révélèrent que la grossesse était illégitime et que la famille voulait éviter le déshonneur et pour cela s'opposait à ce qu'on laissât des traces suspectes sur le cadavre.

En cet état de choses, difficile pour moi, qui pensais à mes devoirs, me rappelant ce que j'avais fait chez Maria Nunni, je voulus essayer la même méthode et, si c'était possible, satisfaire le désir des assistants, qui ne voulaient pas qu'on laissât de traces apparentes de l'opération césarienne.

La femme placée sur le bord du lit, les cuisses fléchies sur le ventre, soutenues et écartées par deux aides, j'introduisis l'index de la main droite dans le vagin. Je trouvai l'utérus très bas, le col presque entièrement effacé, l'orifice fermé, mais ses bords si souples qu'il ne fut pas difficile, par une légère pression, d'y introduire la pulpe du doigt explorateur. Là je sentis un corps solide et résistant, probablement la tête du fœtus: continuant cette manœuvre, je pus faire pénétrer deux doigts et écartant, par une pression modérée, les bords de l'orifice, je pus rompre la poche des eaux et alors introduire ma main. Trouvant manifestement la tête, je voulus faire pénétrer mon bras pour aller chercher les pieds et faire évoluer le fœtus; je trouvai à cela une grande difficulté. Cependant je n'abandonnai pas la partie, et pendant cette manœuvre forcée, ayant jeté les yeux sur le visage de la femme, j'observai un mouvement de la lèvre inférieure qui attira mon attention. Ne me rendant pas compte si ce mouvement venait d'un choc imprimé par la manœuvre ou si c'était un signe de vie, je continuai l'opération sans m'arrêter : je trouvai les pieds, fis évoluer le fœtus et je pus extraire un fœtus du sexe féminin vivant et assez vigoureux.

L'accouchement forcé terminé et tandis que je replaçais la femme dans son lit, pressant peut-être le bras que j'avais saigné, à ma grande surprise, je vis s'écouler du sang. Ce fait s'ajoutant au mouvement des lèvres me fit croire à une mort apparente. Je ne me trompais pas, en faisant de fortes frictions, en comprimant le thorax, en insufflant de l'air dans la bouche au moyen d'une canule, en plaçant un flacon d'ammoniaque sous les narines, la physionomie commença à s'animer et j'eus le bonheur de la voir revenir à la vie. (Verardini, *Del parto forzato, etc.*, p. 31.)

Finizzio (1862). — . . . . . J'ai eu depuis l'occasion de mettre le procédé en pratique

dans un cas d'*éclampsie hystériforme*, survenue à la suite d'une grande frayeur chez une femme de vingt-sept ans, enceinte de huit mois environ, frayeur qui avait provoqué tous les symptômes d'une mort apparente.

Ce fait a vivement intéressé les élèves présents à ma clinique; la mort apparente avait été constatée par trois de mes collègues, qui voulaient à tout prix qu'on pratiquât la gastro-hystérotomie sans tarder un seul moment, et cela parce qu'ils avaient entendu les battements du cœur de l'enfant.

L'autorité de l'illustre professeur Rizzoli, les discussions provoquées par Hatin, Kercaradec et autres, les affirmations positives contenues dans votre mémoire théorique et pratique ne parvinrent pas à convaincre mes adversaires de l'erreur dans laquelle ils étaient tombés malgré eux; ce ne fut que l'évidence des faits qui les contraignit à ouvrir les yeux et à se ranger à mon avis.

Ayant assumé la mission délicate de pratiquer l'accouchement forcé, en ma qualité d'opérateur choisi par la famille, je renonçai, comme je l'ai dit, à l'opération instrumentale, que mes adversaires voulaient me faire accepter; je me frayai une voie à l'intérieur du col utérin dilatable, mais non dilaté, et je rompis la poche des eaux, sans m'occuper de la présentation (occipito-antérieure gauche), qui aurait exigé l'application du forceps et de longues manœuvres, à cause de l'élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur; je pratiquai la version, qui eut pour résultat d'amener un enfant du sexe masculin, vivant et viable, et de rappeler à la vie, à la grande surprise de tous les assistants, l'opérée, qui n'était pas morte, ainsi que le croyaient mes collègues. (Lettre de Finizzio à Verardini, traduite par Janssens.)

Echassériau, de Lyon. — On trouve dans plusieurs mémoires que le Dr Échassériau, de Lyon, fit la version sur une femme que l'on croyait morte et qui était ensevelie depuis une heure. Il sauva ainsi le mère et l'enfant.

J'ignore si l'observation a été publiée avec quelques détails.

Parmi les faits que j'ai pu recueillir, ce sont là les plus intéressants. Ils vont nous permettre d'examiner d'abord si l'accoucheur peut s'assurer de la réalité de la mort.

Que le médecin, dont les instants ne sont pas comptés, puisse, dans l'état actuel de la science, arriver à affirmer qu'une mort est réelle, c'est à peu près incontestable. Mais cet examen exige un certain temps, et ce temps l'accoucheur ne peut pas le prendre; le salut de l'enfant exige une décision immédiate. L'accoucheur ne peut ni examiner le fond de l'œil, ni s'assurer si la température s'abaisse au-dessous de 22 degrés, ni même faire la cardio-puncture. Il n'a, en réalité, qu'un seul signe de mort réelle : l'absence du bruit physiologique dans la région cardiaque attentivement examinée.

Or, Pen n'avait trouvé *nul mouvement* sur la région du cœur; Rigaudeaux tâta le pouls et le cœur sans noter *aucun mouvement;* d'Outrepont ne trouva pas traces de pouls ni de *battements du cœur*. Talinucci ne trouva pas davantage les *battements cardiaques*.

On objectera que cela ne suffit pas, que l'auscultation est nécessaire; Otterbourg dit explicitement que l'auscultation de la poitrine ne donnait que *des signes négatifs*.

Bouchut affirme qu'un cœur dont on n'entend pas les bruits pendant vingt minutes ne peut plus reprendre ses fonctions.

C'est peut-être vrai, quoique cela ait été contesté par des médecins très

autorisés, et Briquet, Ball, Tourdes, Josal, Depaul, admettent la persistance de la vie même en l'absence de bruits du cœur perçus par l'auscultation.

Mais admettons l'opinion de Bouchut. Vingt minutes, c'est très long, et l'enfant a le temps de mourir dix fois.

Notez aussi que l'accoucheur tombe au milieu d'une scène de deuil, d'une famille affolée, qu'il est pressé par le temps, assez troublé lui-même, sentant toute la responsabilité, et vous comprendrez que quelques battements très lents et très affaiblis peuvent bien ne pas arriver jusqu'à son oreille. Cependant il faut agir. Ne doit-on pas alors considérer comme *morte apparente* toute femme morte en état de grossesse avancée et la traiter en conséquence?

Plus on étudiera cette question, plus on comprendra que le seul parti à prendre c'est de suivre les préceptes de l'école de Bologne, qui sauvegardent en même temps les intérêts de l'enfant et ceux de la mère.

Si ces préceptes doivent être toujours suivis, ils doivent l'être plus strictement encore dans l'éclampsie puerpérale.

La malade de Van Swieten avait eu des *convulsions* et ensuite une syncope si prolongée que les assistants la croyaient morte.

Celle de Rigaudeaux *était tombée plus de dix fois pendant la nuit en faiblesse et en convulsions;* vers six heures, une *nouvelle convulsion* avec écume à la bouche avait été suivie de mort.

La femme opérée par Louis Golinelli *était morte d'éclampsie* consécutive à d'autres symptômes de dystocie.

Celle de Rivoni avait éprouvé des *attaques d'éclampsie* de plus en plus violentes.....

L'unique renseignement qu'obtient Talinucci, c'est que la malade avait été prise quelques heures avant de vomissements avec *convulsions*.....

Dans le cas de Finizzio, enfin, il s'agissait d'une *éclampsie hystériforme.*

Ainsi, sur dix-sept faits de mort apparente, six fois elle survient chez des éclamptiques, et il faut remarquer que, sauf le cas d'Otterbourg, où l'état syncopal était causé par une hémorrhagie utérine, et celui d'Outrepont, où il est dit que la patiente fut prise de frissons suivis de chaleur, dans les autres observations, celles de Pen, de Louis, de Bodin, de Trinchinetti, d'Échassériau, les causes qui ont amené la mort apparente ne sont pas indiquées.

L'éclampsie puerpérale doit donc être rangée parmi les causes de la *mort apparente;* elle la produit comme l'hystérie, par un état syncopal.

Considérant ces faits, ne préférera-t-on pas toujours, dans la mort par éclampsie, *l'accouchement artificiel* post mortem?

On le préférera d'autant plus que cette manœuvre n'est, en général, ni difficile ni longue. On a pu remarquer, en parcourant les observations citées plus haut, qu'à quelque époque que ce soit de la grossesse, à partir du cinquième mois, l'opération a rarement présenté de grandes difficultés. La raison en est toute physiologique : le plus souvent il y avait eu commencement de travail. Une maladie grave, un accident, une émotion profonde le provoquent. Il est rare qu'au moment de la mort, surtout si elle a été lente, le col ne soit pas en grande partie effacé, souvent même avec un commencement de dilatation. Ce phénomène est sans doute complexe et mériterait d'être mieux étudié;

il y a eu, d'une part, des contractions manifestes et un commencement de travail; il y a eu aussi peut-être un relâchement du sphincter cervical. Le fait est fort connu, mais il importe de le mettre en lumière.

Chez la jeune femme phtisique, enceinte de huit mois et qui mourut subitement, on croyait l'opération césarienne nécessaire. En découvrant le cadavre, Rizzoli vit que la tête se présentait entre les grandes lèvres.

Quoique la grossesse fût au huitième mois, la mort subite, le travail s'était fait entièrement. Ce fait ne fit que confirmer Rizzoli dans l'idée que le procédé qu'il voulait adopter était d'accord avec ceux de la nature.

Le même chirurgien cite le fait d'un de ses collègues qui se préparait à faire l'opération césarienne chez une femme morte au sixième mois de la grossesse, lorsque l'interne le prévint qu'un pied du fœtus se présentait à la vulve.

Dans le cas cité par Baudelocque, au moment où le chirurgien ouvre le ventre de la patiente avec des ciseaux et qu'un des pieds se présente à la plaie de la matrice, l'enfant est expulsé par la voie naturelle avant que le chirurgien ait le temps de compléter son incision.

On le voit, ce n'est pas seulement à terme que l'agonie ou la mort provoquent le travail de l'accouchement, mais à huit mois, sept mois, six mois et même cinq mois.

La patiente de Devilliers meurt très rapidement à sept mois et demi de grossesse; Devilliers trouve l'orifice du col *au quart de la dilatation.*

La femme dont parle Léopold Golinelli était grosse de cinq mois; Golinelli put extraire le fœtus avec *une facilité et une rapidité extrêmes.*

Capuri, Busi, etc., purent retirer *vivant* et avec *la plus grande facilité* un fœtus de huit mois.

Dans le cas de mort apparente rapporté par Golinelli, la grossesse est de cinq mois et Golinelli fait pénétrer très facilement la main.

Talinucci trouve chez son éclamptique, grosse de huit mois, le col *complètement effacé*, l'orifice fermé, mais ses *bords souples.*

La patiente de Finizzio, atteinte d'éclampsie hystériforme, était à huit mois de grossesse; Finizzio trouve le col utérin non encore dilaté, mais dilatable.

Le fait de Hyernaux fait seul exception. Le col était long d'un demi-centimètre environ, et son orifice permettait à peine l'introduction de la pulpe de l'index.

Il résulte de ces observations, dont on pourrait facilement grossir le nombre, que, pendant les derniers mois de la grossesse, le plus souvent l'agonie ou la mort provoquent le travail.

Ceci facilite singulièrement la manœuvre et nous conduit à examiner le procédé opératoire.

Plusieurs ont appelé cette méthode *accouchement forcé*, expression peu heureuse : accouchement forcé entraîne l'idée de force déployée, et aussi de lésions et de déchirures.

Or, la main a presque toujours facilement et rapidement pénétré dans la cavité utérine, et, dans le cas où l'autopsie a pu être faite, la seule lésion trouvée a été la déchirure du col, qui est constante dans l'accouchement physiologique.

C'est pour cela que quelques auteurs italiens l'ont appelé : *accouchement provoqué et artificiel instantané ;* Janssens : *accouchement instantanément provoqué;* Rizzoli : *accouchement artificiel instantané.*

Le nom importe peu, pourvu qu'on sache bien que cet *accouchement forcé* demande en réalité peu de force et que cette manœuvre n'entraîne aucune lésion grave.

Le plus souvent la main seule suffit. Pris à l'improviste, sans appareil instrumental, sans aide, l'accoucheur peut terminer l'opération.

Le mode opératoire recommandé par Rizzoli, employé par l'école de Bologne, est des plus simples. On fait fixer le fond de l'utérus ou on le fixe soi-même de la main gauche. Puis, la main droite glissée dans le vagin, on introduit l'index dans l'orifice du col. Dès qu'il s'est fait un chemin suffisant, on y glisse le médius et, à l'aide de ces deux doigts, on écarte, on dilate l'orifice. Ce résultat obtenu, on introduit les cinq doigts réunis en cône et, s'il s'agit d'une version, la main et le bras; si c'est une application de forceps, dès que l'orifice est suffisant pour admettre les cinq doigts réunis en cône, on introduit et on place doucement les cuillers. (Hyernaux.)

Dans quelques cas, cependant, le col offrit une résistance et il fallut recourir aux incisions multiples.

Rizzoli, chez une tuberculeuse au sixième mois de la grossesse, put introduire facilement la main, *grâce à des incisions.*

D'Amato, ayant trouvé le col en état de rigidité, exécuta plusieurs débridements pour appliquer le forceps.

Dans ces cas, le col avait-il une portion de sa longueur, ou ne présentait-il qu'un bord tranchant non dilatable?

C'est ce qu'il eût été important d'indiquer. Si le col est effacé, ces incisions sont simples, faciles, sans danger. En serait-il de même lorsque le col a toute sa longueur?

Un bistouri n'est point si facile à manier au fond du vagin ; de plus, dans ce cas, si les incisions sont trop superficielles, elles sont inutiles; trop profondes, elles ne sont pas sans danger.

Voilà pourquoi nous donnerions la préférence au moyen employé par Hyernaux.

Ayant trouvé le col long d'un demi-centimètre, et le canal cervical permettant à peine l'introduction de la pulpe du doigt, il y enfonça d'abord l'index, puis une pince à polype qui servit à le dilater.

Voici comment il expose son procédé, deux fois mis en pratique avec succès, dans sa lettre à Janssens :

« Si le col est long et à peine entr'ouvert, on y introduit d'abord un doigt : on exerce sur la circonférence une *pression excentrique* qui permet l'adjonction d'un second doigt superposé au premier. On les écarte ensuite; s'ils se fatiguent, on les remplace par une pince à polype ou à faux germe. En procédant ainsi, on finit par vaincre la résistance du col. »

Ce procédé est-il applicable dans tous les cas? Les faits prouvent que le plus souvent la main suffit et que, grâce au travail d'accouchement presque toujours commencé et à un relâchement des fibres sphinctériennes, on pénètre sans

grandes difficultés. Tout dernièrement, cependant, les internes de l'hôpital Lariboisière ont échoué. Nous manquons de détails sur ce fait; mais on peut presque affirmer que, en recourant à la pince à polype ou à quelques débridements sur le col effacé, on viendra toujours à bout de ces difficultés.

L'orifice suffisamment dilaté, le choix de la méthode pour l'extraction de l'enfant dépend de la présentation et de l'engorgement de la tête.

La version est peut-être plus rapide, mais on a probablement plus de chances d'extraire un enfant vivant avec le forceps. On peut dire que l'exemple de Talinucci, qui fit effort pour passer entre la tête et les parties molles de la mère, n'est point à imiter.

Maintenant, quels sont les résultats? Ils peuvent être envisagés au point de vue de la mère, au point de vue de l'enfant.

La méthode est tout à l'avantage de la mère, puisque la lésion laissée par le manuel opératoire est nulle; qu'à l'autopsie on n'a trouvé que la déchirure constante de l'accouchement physiologique. Cela a été constaté par Rizzoli, Belluzzi, Romei, Verardini, Busi, Capuri, Franchini, Golinelli, etc. Ainsi les femmes qui étaient en état de mort apparente n'ont eu que des suites de couches physiologiques.

Au point de vue de l'enfant, il est difficile de se faire une opinion très arrêtée.

Rizzoli dit bien que, dans douze accouchements pratiqués par sa méthode en Italie, tous les fœtus ont été amenés vivants, sauf dans un cas où on avait constaté depuis quelques jours des symptômes de mort. Remarquons que Rizzoli englobe dans ce nombre des accouchements artificiels faits pendant l'agonie (Esterle, Belluzzi, Romei) et qui doivent être étudiés à part. Les procédés et les résultats sont tout autres; l'enfant extrait pendant l'agonie a plus de chances de survie.

Cette distinction bien établie, nous trouvons quatre enfants extraits vivants (Otterbourg, Finizzio, Talinucci, Échassériau), dont trois chez des femmes en état de mort apparente, auxquels il est juste d'ajouter les enfants extraits vivants par d'Amato et par Putti et dont nous n'avons pu nous procurer les observations.

Quant aux enfants dont parle Rizzoli et qui auraient été extraits vivants pendant une épidémie de choléra, nous sommes si mal renseigné à cet égard qu'il nous est impossible de les faire entrer en ligne de compte.

Cependant, telle qu'elle se présente à nous, avec des observations incomplètes, des détails insuffisants, des points importants laissés dans l'ombre, la méthode nous paraît présenter de si incontestables avantages qu'il ne reste guère de place pour l'hésitation.

A mesure que les faits se multiplieront, la section césarienne, après la mort, deviendra de plus en plus une méthode d'exception et tendra à disparaître. Cette mutilation a quelque chose de repoussant; les résultats sont déplorables; la responsabilité qu'elle fait peser sur le médecin est trop grande. L'accouchement artificiel pendant l'agonie, dont les résultats sont tout autres, portera le dernier coup à cette opération, vestige des siècles de barbarie!

III.

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PENDANT L'AGONIE. — QUESTION MÉDICO-LÉGALE.

En 1827, Costa demandait à l'Académie de médecine *s'il n'y avait pas lieu de terminer l'accouchement toutes les fois que la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace prochainement la vie de la mère, en supposant que le fœtus est viable.*

La proposition avait le tort d'être trop générale et d'être faite quarante ans trop tôt. Elle fut traitée *d'inconvenante.* Peut-être l'Académie serait-elle aujourd'hui moins exclusive.

L'accouchement artificiel, pendant l'agonie, n'est en réalité qu'une extension de la pratique de nos vieux maîtres L. Bourgeois, Mauriceau, Puzos, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta et dans les cas graves d'éclampsie. Ce n'est qu'un accouchement prématuré *fait* rapidement ou instantanément, parce que les circonstances l'exigent.

En 1840, Duparcque fit, paraît-il, pour des motifs que nous apprécierons, un accouchement forcé chez une phtisique à l'agonie. Mais Duparcque garda l'observation dans ses cartons jusqu'en 1861, après la publication du Mémoire d'Esterle.

Il faut donc reconnaître ici encore que l'initiative de cette pratique a été prise par les Italiens, puisque, dès 1844, Pelligrini Giuseppe publiait l'observation de deux accouchements forcés pratiqués dans le cours de l'apoplexie cérébrale [1].

Ces faits attirèrent peu l'attention, et ils n'étaient pas arrivés à la connaissance d'Esterle lorsqu'en 1861 il publia son Mémoire qui contient l'observation de quatre accouchements forcés pendant l'agonie [2], les quatre enfants ayant été extraits vivants.

En 1867 parut le mémoire de Belluzzi. Il y montre les avantages de cette méthode sur l'accouchement artificiel après la mort et rapporte trois nouveaux faits qui lui sont propres [3].

En 1877, Gaetano Moretti met en relief ce point, d'un haut intérêt clinique, à savoir : que des femmes, dans un état très grave, qu'on croyait être de l'agonie, ont dû leur salut à l'accouchement forcé. Il cite à l'appui un fait personnel [4].

Il est, d'ailleurs, difficile de poser à cette question des limites bien précises. Qu'est-ce que l'agonie? Quand commence-t-elle? L'abolition progressive du sentiment et du mouvement, l'aphonie, le gargouillement des liquides dans l'œsophage, le râle, etc., peuvent accompagner le coma de l'éclampsie ou l'état lipothymique, chez les femmes épuisées par les hémorrhagies de l'ectopie placentaire, auquel cas c'est par centaines qu'on pourrait recueillir les observa-

[1] Sul parto forzato, etc.; *Annali universali*, Gaetano Moretti. Milano, 1877.

[2] *Sulla convenienza di estrarre il feto per le vie genitali, perchè vitabile, prima che avvenga la morte*, etc. Pensieri e proposizioni del dottor Esterle. *Annali universali*, p. 317. Milano. 1861.

[3] *Nuovi fatti in appoggio dell' estrazione del feto col parto forzato durante l'agonia delle donne incinte*, etc. Memoria del dottor Cesare Belluzzi. Bologna, 1867.

[4] Sul parto forzato. *Annali universali*, Gaetano Moretti. Milano. 1877.

tions, puisque dans ces maladies, depuis le XVIe siècle, peut-être avant, l'accouchement forcé par la méthode de Celse a été mis en pratique.

Cependant, il ne nous semble pas qu'on ait employé à aucune époque, et systématiquement, l'accouchement forcé dans l'agonie des phtisiques ou des cardiaques, des malades atteintes de fièvres exanthématiques, dans le coma de l'apoplexie cérébrale, etc.

C'est là le côté vraiment neuf et original de la pratique italienne; c'est là une voie nouvelle, et l'intérêt clinique qu'on y trouvera est autrement important que celui de l'accouchement artificiel *post mortem*.

Les faits qu'on pourrait recueillir sont déjà nombreux; nous avons choisi parmi eux les observations suivantes, qui nous serviront à faire ressortir les avantages de la méthode.

Voici d'abord le résumé, emprunté à G. Moretti, de deux accouchements forcés pratiqués en 1836, par Pellegrini Giuseppe. Dans ces deux cas, qui n'ont été publiés qu'en 1844, il s'agissait de femmes atteintes d'apoplexie cérébrale, et il n'y avait pas de signe manifeste de travail avant l'opération.

La première de ces femmes se trouvait dans un état extrêmement grave. Pellegrini la fit placer en travers sur le bord du lit, introduisit avec douceur trois doigts dans l'utérus et perfora les membranes avec des ciseaux. Les eaux écoulées, la tête vint au contact des doigts : on put ensuite introduire toute la main. Mais comme il n'y avait pas de contractions et que la tête était immobile, au lieu de faire la version, il appliqua le forceps. Le fœtus put être extrait vivant, mais succomba un quart d'heure après. La mère *guérit parfaitement*.

Le second fait a trait à une femme atteinte d'apoplexie avec hémiplégie gauche. Des sangsues appliquées en grand nombre, de la glace sur la tête, des drastiques, sept saignées abondantes n'avaient apporté aucun soulagement.

Respiration stertoreuse, déglutition impossible, *sopor*. L'inutilité du traitement engagea le Dr Pellegrini à recourir à l'accouchement forcé. Il trouva l'orifice du col assez large pour laisser passer le doigt, le col mou et les parties bien préparées. En dix minutes, il pénétra dans l'utérus, rompit les membranes, termina l'accouchement par la version et put extraire une petite fille vivante.

Sans autre traitement, l'état de la patiente s'améliora. Puis, par un régime approprié, elle guérit et put se lever trente-cinq jours après. La petite fille vécut huit jours.

Si, comme ces deux faits le prouvent, Esterle de Novare n'eut pas le mérite de pratiquer le premier l'accouchement forcé chez les femmes grosses à l'agonie, du moins il n'est pas douteux que c'est son Mémoire, publié en 1861, qui répandit cette pratique et la fit accepter définitivement en clinique. Esterle était au début peu partisan de la méthode de Rizzoli. Il pensait que l'on ne pouvait faire pénétrer la main dans le col non dilaté sans produire de graves lésions.

Se trouvant en présence d'une femme enceinte atteinte d'apoplexie cérébrale à l'agonie, il provoqua le travail avant d'introduire la main, conduite qui est à imiter chaque fois que les circonstances le permettent. Voici cette première observation de son Mémoire :

Esterle (1858). — Une femme enceinte, âgée de vingt-quatre ans, bien portante, de tempérament sanguin, fut atteinte de céphalalgie et d'efforts de vomissements. A la

visite de la Maternité, où elle se trouvait, elle cacha son malaise, dans la crainte d'être mise à la diète. Une heure plus tard, le mal de tête augmenta tout à coup d'une manière extraordinaire, et, après quelques vomissements impétueux, elle tomba à terre presque morte. Relevée et couchée dans son lit, elle avait la pupille énormément dilatée, la bouche tordue de côté, enfin une paralysie droite complète. La saignée, les sangsues, la glace, les sinapismes furent employés sans résultat. L'hémorrhagie cérébrale était évidente et on devait la supposer très grave. La torpeur était continuelle, et de temps en temps apparaissaient des mouvements convulsifs presque épileptiformes du côté paralysé et même quelques soubresauts de l'autre côté. Pendant ces crises, la respiration devenait très difficile, la malade était presque étranglée et la bouche se remplissait d'écume. Une des sœurs, qui se trouvait dans l'établissement, nous apprit que cette jeune femme avait été prise souvent de phénomènes probablement épileptiques, en sorte que l'hémorrhagie cérébrale avait dû se compliquer d'une série d'accès épileptiques, sans qu'il fût possible d'établir lequel des deux éléments morbides avait précédé ou provoqué l'autre. Le pronostic en tout cas était funeste.

Sachant par expérience combien rarement, en pareilles circonstances, les fœtus survivent à la mère, et que l'on pratique souvent, après la mort de celle-ci, des opérations alors inutiles, je me décidai à tenter l'extraction du fœtus avant le trépas de la mère. Par le toucher, je trouvai l'utérus fermé; cependant le col était court, mou, élastique.

J'introduisis en guise de tampon une vessie élastique fortement distendue par l'eau chaude, autant pour faciliter le passage du fœtus encore vivant que pour exciter l'utérus à quelques contractions. Une heure après, je m'aperçus d'un certain durcissement passager du viscère, qui peu à peu augmenta et devint permanent. Après environ une heure et demie, j'enlevai le tampon et je trouvai l'orifice de l'utérus assez ouvert et dilatable pour l'introduction facile d'un doigt. J'introduisis immédiatement et méthodiquement la main, sans que la malade s'en aperçût, et je parvins avec une grande facilité à obtenir la dilatation complète. La partie qui se présentait était celle du ventre avec le dos à droite; j'opérai la version et je retirai promptement, par les voies artificiellement élargies, un fœtus vivant qui continua à vivre et qui, une année après, était robuste et bien portant.

Je pratiquai ainsi la délivrance sans qu'il y eût d'hémorrhagie.

La mère mourut six heures après, et je suis certain que l'opération n'aggrava en rien son état, mais qu'au contraire, si une amélioration avait été possible, elle eût été sans doute obtenue par l'accouchement forcé.

Voici un résumé de trois autres faits publiés dans le même Mémoire :

Jeune femme enceinte de huit mois, atteinte de phtisie, hémoptysie grave. Une dernière hémorrhagie l'avait laissée agonisante.

L'orifice utérin n'était pas très dilaté, mais mou et dilatable, la tête très basse. Extraction par le forceps d'un enfant vivant et qui vécut. La mère mourut quatre heures après; pas d'hémorrhagie.

Maternité de Novare (1860). — Femme enceinte de huit mois, atteinte d'une maladie de Bright. Esterle provoqua le travail à l'aide de la *scirinya elastica*. Les douleurs se déclarèrent peu d'instants après, et l'accouchement eut lieu spontanément; l'enfant naquit vivant et mourut peu d'heures après. Il était atteint d'ascite. La mère eut un soulagement passager et succomba quarante heures après.

1861. — Femme agonisante d'une maladie bronchiale et intestinale, à sept mois et demie de grossesse. Présentation du plan latéral gauche, ou dorso-antérieur.

Le travail était avancé, le col était longuement dilaté, la poche des eaux descendait

dans le vagin. Esterle pratiqua l'extraction du fœtus, qui naquit vivant et mourut au bout de quinze à vingt minutes.

L'intéressante observation suivante remonterait à 1840. Malheureusement Duparcque ne la publia qu'en 1861, après le Mémoire d'Esterle. Malgré les revendications de Duparcque, ses observations ne comptent scientifiquement que du jour de sa publication.

Duparcque (1861). — Une jeune femme de vingt et un ans, primipare enceinte de huit mois et demi, atteinte d'une phtisie héréditaire arrivée à la dernière période et qui s'était aggravée avec la grossesse, présentait les symptômes annonçant une fin très prochaine..... J'étais requis pour procéder à l'opération césarienne *post mortem*..... Je pensai que l'agonie pouvait se prolonger encore quelques heures. Les mouvements de l'enfant étaient visibles et les battements du cœur, énergiques, le montraient plein de vie. Il se présentait une question très délicate.

Il s'agissait d'un mariage d'amour.

La jeune femme avait apporté en dot sa beauté et le mari une assez belle fortune placée dans l'industrie. Le mari avait donné par contrat de mariage la moitié de sa fortune à sa femme. Si elle mourait sans enfants, cette fortune devait retourner à ses collatéraux, seuls héritiers de son côté.

La belle position de fortune du (mari) survivant était compromise. La naissance d'un enfant eût tout changé.

On comptait sur l'opération césarienne, qui était acceptée, surtout pour ces considérations; mais la vie de l'enfant serait probablement compromise pendant les dernières heures de l'agonie de sa mère; l'opération césarienne n'amènerait probablement qu'un cadavre..... Pourquoi ne pas tenter l'accouchement par les voies naturelles, tandis que la mère respirait encore et que l'enfant pouvait être extrait vivant? Sans doute l'opération pouvait précipiter la catastrophe. Mais puisque la mort de la mère était inévitable, quelques instants sacrifiés seraient amplement compensés par les résultats avantageux de l'accouchement, à savoir : arracher l'enfant à une mort inévitable, assurer par son existence les avantages particuliers liés à sa survie.

Le col de l'utérus n'était pas effacé complètement et il n'y avait pas eu commencement de travail.

Après quinze ou vingt minutes de tentatives laborieuses, avec l'aide d'un collègue, un enfant chétif put être extrait et il vécut neuf jours.

Chez la mère, la respiration devint plus libre, moins râleuse, et la vie se prolongea de cinq jours.

Talinucci (1860). — Lucia Rebecchi, trente-cinq ans, neuvième mois. Quatre accouchements heureux. Dès le début de la gestation, œdèmes des membres inférieurs, développement du ventre non en rapport avec l'époque de la grossesse.

Menaces de suffocation, *sopor*. La malade ne pouvait avoir que peu d'heures à vivre. Talinucci, croyant à des accidents de compression dus à la quantité du liquide amniotique, propose la délivrance par l'accouchement forcé, ce qui fut fait selon la méthode indiquée.

La poche rompue, la quantité d'eau qui s'écoula peut être évaluée à 30 livres. Un fœtus du sexe masculin fut extrait vivant et vigoureux et put être porté à l'église le lendemain.

La mère se rétablit incomplètement; pendant plusieurs années, elle fut sujette à des *épanchements dans la région de l'ovaire;* dans le cours de trois années elle fut opérée trois fois heureusement par la paracentèse.

Romei (8 octobre 1861). — Femme enceinte de sept mois, agonisante d'une affection cérébrale. Roméi était appelé pour faire l'opération césarienne *post mortem*.

Notant que les bruits du cœur fœtal diminuaient depuis quelques instants, il fit l'accouchement forcé. Dilatation graduelle avec la main droite, rupture du sac. O. T. D. P. Recherche d'un pied, extraction facile. Pendant l'opération, qui fut rapide, la patiente resta insensible.

Le fœtus, qui était vivant, mourut peu après. L'utérus se contracta régulièrement; pas de perte de sang. La mère mourut trente-deux heures après. A l'autopsie, on ne trouva pas la plus petite lésion.

Belluzzi s'est fait le défenseur ardent de l'accouchement forcé pendant l'agonie. Dans son Mémoire, publié en 1866, après avoir rappelé un accouchement forcé fait par lui chez une phtisique et publié en 1861, il rapporte deux nouveaux faits personnels. Voici un résumé de ces trois observations :

Belluzzi (6 juillet 1861). — Phtisique arrivée à la dernière période; multipare; grossesse au neuvième mois. Belluzzi était appelé pour sonder la malade et faire l'opération césarienne *post mortem*. Le fœtus était vivant et avait le vertex en bas. Le col utérin était entr'ouvert et mou.

Cinq jours après, 11 juillet, la malade perd connaissance, les battements du cœur du fœtus étaient très nets à l'auscultation. Rizzoli consulté est d'avis de pratiquer immédiatement l'accouchement forcé. Les battements du cœur s'affaiblissant, l'opération est décidée. La malade est placée sur le bord du lit; Rizzoli maintenant l'utérus, Belluzzi introduit la main bien graissée et disposée en cône dans le vagin; il dilate doucement l'orifice utérin et pénètre assez haut; arrivé à un genou, il déchire les membranes et attire un pied au dehors. Le pied sorti était le gauche et il avait les doigts tournés en haut; en tirant sur lui, on remarqua un mouvement de spirale, de sorte que, quand la fesse se présenta à la vulve, elle était tournée vers le pubis; l'autre membre inférieur sortit de suite, puis le tronc et, après un petit effort, les épaules et la tête.

Le fœtus était vivant et on attendit de l'entendre crier pour couper le cordon. La matrice se contracta, le placenta se détacha et on en obtint la sortie par de légères tractions sur le cordon. La mère ne parut pas avoir le sentiment de l'opération qu'elle venait de subir.

L'enfant, confié à une bonne nourrice, était bien portant deux mois après. La mère survécut vingt heures et n'eut pas d'hémorrhagie.

Autopsie. L'utérus assez contracté; son orifice montrait à peine les traces du passage récent du fœtus. On n'y voyait qu'une petite fente qui n'aurait pu avoir de conséquences fâcheuses.

Belluzzi (1864). — Extraction d'un fœtus de huit mois, vivant, chez une femme agonisante, atteinte d'apoplexie cérébrale, en dehors du travail de l'accouchement.

Vingt-huit ans, cinq couches heureuses. Belluzzi ne parvient pas à entendre le bruit du cœur, à cause de la respiration râlante de la moribonde. Il pénètre avec la main disposée en cône dans l'orifice utérin. Dilatation et évolution faciles. Extraction d'un enfant de huit mois qui prit le sein et vécut trois jours. La femme mourut le soir. Bien que la femme ne perçût aucune sensation, il y eut quelques contractions de l'utérus.

Belluzzi (1865). — Accouchement forcé chez une femme enceinte de huit mois, succombant à une maladie de cœur (avec dyspnée).

Femme Farozzi, trente-quatre ans, quatre enfants. Grossesses pénibles, accouchements laborieux, auscultation impossible à cause de la respiration râlante de la mère.

Orifice utérin présentant le diamètre d'une pièce de 2 francs et dilatable.

Présentation du sommet. Dilatation graduelle, introduction de la main, évolution, extraction facile. Enfant mort depuis plusieurs jours. Au grand étonnement de tous, la mère survécut trois mois, malgré une pneumonie hypostatique.

Hyernaux (1869). — Élisabeth Van G....., vingt-sept ans, primipare, huitième mois, phtisique.

Col utérin long, pointu, fermé à l'orifice interne; orifice externe du diamètre d'un crayon de grosseur ordinaire. On perçoit faiblement les bruits du cœur du fœtus.

La main droite soutenant le fond de l'utérus, l'index gauche est passé entre l'orifice externe du col; il en franchit toute la hauteur et arrive à l'orifice interne, qui cède à une faible pression. Hyernaux tiraille ce conduit dans tous les sens et introduit un second doigt. Les doigts sont remplacés par une pince à polype, dont il écarte les anneaux pour dilater plus rapidement.

Ayant obtenu une dilatation de 4 centimètres, il applique le forceps sur la tête. O. I. G. A. Extraction facile; l'opération avait duré cinq minutes. L'enfant, né en état d'asphyxie, en fut promptement tiré; confié aux soins d'une nourrice, il fut repris par la famille deux mois plus tard. La mère mourut le lendemain; le col ne paraissait pas avoir souffert sensiblement. (Hyernaux; lettre à Janssens.)

Moretti (1877). — Multipare; neuvième mois, grossesse heureuse. Congestion et œdème des poumons. Dyspnée, cyanose, *sopor*. Pouls imperceptible; flot d'écume à la bouche à chaque respiration. Pas de battements du cœur du fœtus; pas de signes de travail. L'orifice de l'utérus permet l'introduction de l'extrémité des doigts. Moretti, pensant qu'en débarrassant l'utérus du produit de la conception on ferait cesser l'obstacle mécanique à la circulation, propose de faire immédiatement l'accouchement forcé. On perfore les membranes avec le perforateur Dubois. L'écoulement des eaux soulage la malade. L'orifice dilaté, la main va à la recherche d'un pied et ramène un fœtus mort.

La femme se rétablit graduellement; le soir, elle avait repris ses sens; la guérison fut complète. (*Sul parto forzato..., etc.* Gaetano Moretti; Milano, 1877.)

Polaillon (18 mai 1878). — Élisabeth M..., trente-huit ans. Sacro-coxalgie et mal de Pott lombaire. Huit mois et demi. O. I. D. P. Le 5 juin, elle est moribonde pour fièvre lactique. Col effacé, dilaté comme une pièce de 2 francs. Les contractions sont arrêtées. Trois incisions latérales sur le col. Application du forceps de Lerret au détroit supérieur. Mort de la femme une heure après l'accouchement. L'enfant, à demi asphyxié et ranimé par l'insufflation, meurt le lendemain. (*Progrès médical*, p. 602, 1878.)

Ces accouchements forcés ou provoqués pendant l'agonie sont au nombre de quinze; treize fois les enfants naquirent vivants.

De ces treize enfants, six survécurent; sept vécurent un laps de temps variant entre quelques instants et huit jours; les dix qui furent retirés morts paraissaient l'être depuis plusieurs jours.

En laissant de côté le troisième fait d'Esterle, où l'expulsion se fit spontanément après provocation du travail par des douches utérines, sur les douze enfants extraits vivants, après dilatation forcée du col, huit l'ont été par la version et quatre par le forceps.

Des quatre enfants extraits par le forceps, deux continuèrent à vivre (Hyernaux et deuxième fait d'Esterle); deux succombèrent : l'un, un quart d'heure après (Pellegrini); l'autre, le lendemain (Polaillon).

Des huit enfants extraits par la version, quatre survécurent (Esterle, Tali-

mucci, Belluzzi, Duparcque); les quatre autres vécurent un espace de temps variant de quelques instants à huit jours.

Ces faits sont peu nombreux encore pour qu'on puisse conclure en faveur de l'un ou l'autre mode d'extraction après dilatation instantanée du col; on peut du moins admettre que la version ne paraît pas plus défavorable à l'enfant; je crois inutile d'ajouter que, lorsque la tête se présente et qu'elle est engagée, c'est toujours au forceps qu'il faut recourir.

Un autre point plus intéressant serait d'étudier les formes morbides qui, même dans l'agonie, sont compatibles avec la survivance des enfants.

Des six enfants qui survécurent, quatre avaient pour mères des phtisiques (Duparcque, Esterle, Belluzzi, Hyernaux); un, une femme atteinte d'hémorrhagie cérébrale (Esterle); le dernier, une femme atteinte d'une tumeur ovarique et d'hydroamnios.

Des sept enfants qui naquirent vivants et moururent avant le huitième jour, quatre avaient pour mères des femmes atteintes d'apoplexie cérébrale (Pellegrini, deux; Belluzzi, Romei).

Enfin les trois autres enfants avaient pour mères : un d'Esterle, une femme atteinte d'une maladie de Bright, il vécut quelques heures; un autre d'Esterle, une femme atteinte d'une affection bronchiale et intestinale.

Dans le fait de Polaillon, la mère était atteinte de sacro-coxalgie et mourait d'une fièvre lactique; l'enfant vécut vingt-quatre heures.

De ces faits, trop peu nombreux encore, on peut admettre que, dans la phtisie pulmonaire, dans la congestion et les hémorrhagies cérébrales, les enfants conservent, pendant les heures d'agonie de la mère, une vitalité suffisante pour qu'ils aient chance d'être extraits vivants et de continuer à vivre.

Cette opération a une importance grande en clinique; il est telles affections où l'enfant meurt avant la mère et alors il faudrait se hâter, telles autres où on a chance de retirer un enfant vivant même après la mort de la mère. Il y a dans cette voie, où nous avons à peine quelques jalons pour nous conduire, toute une étude à faire [1].

Tandis que l'adulte a besoin de 14 grammes d'oxygène par kilogramme et et par jour, 4 centigrammes par kilogramme et par jour suffiraient au fœtus.

Voilà qui peut bien servir à expliquer comment, dans les cas de mort apparente, le fœtus peut continuer à vivre, comment aussi il peut survivre à la mère. Mais cela ne fait pas comprendre pourquoi des enfants extraits de cinq à quinze minutes après la mort de la mère ont pu être rappelés à la vie, tandis que d'autres, délivrés à l'instant même de la mort ou avant la mort, n'ont pu être rappelés à la vie.

Les travaux de Zweift, Zuntz, Pflüger, A. Högies nous mettront-ils sur la voie?

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, les fœtus survivent à la mère un temps plus ou moins long. En voici l'explication :

Dans l'asphyxie ordinaire, le sang de la mère, ne recevant plus d'oxygène, en emprunte au fœtus, d'où la mort très rapide de celui-ci.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Fœtus*; Pinard, p. 524.

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, le sang perd toute faculté d'absorber de l'oxygène; il ne peut, par conséquent, pas plus en emprunter au fœtus qu'à l'air ambiant, et comme une très petite quantité d'oxygène suffit à l'enfant, il survit un certain temps à l'organisme maternel.

L'altération du sang par l'oxyde de carbone est tellement spéciale qu'il est douteux qu'elle serve à expliquer ce qui se passe dans d'autres états morbides. Dans cette voie, tout est à étudier.

Nous savons que, dans les pyrexies, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, dans toutes les formes morbides à température très élevée, la température de l'enfant étant de un degré supérieur à celle de la mère, il court risque de périr rapidement. Et il est certain qu'il faut se hâter d'agir dans les pyrexies.

Du reste, Esterle a dit qu'il fallait se hâter d'agir *dans le choléra*, *la phtisie*, *l'hémorrhagie*, *les exanthèmes aigus*, *l'inflammation cérébrale*, *l'éclampsie*, *les affections cancéreuses et syphilitiques*, *l'empoisonnement saturnin*. . . . . Esterle a englobé dans cette énumération des états si différents qu'il est impossible d'accepter cette opinion sans examen.

Que dans le choléra, l'éclampsie, l'empoisonnement saturnin, les exanthèmes aigus, il faille se hâter, c'est incontestable, car souvent l'enfant meurt avant la mère (il y aurait cependant une restriction à faire pour les cholériques, chez lesquelles Rizzoli et plusieurs de ses collègues ont pu extraire des enfants vivants après la mort des mères), mais pour l'hémorrhagie cérébrale, l'affirmation d'Esterle est contestable; les faits cités plus haut feraient plutôt conclure autrement, puisque, sur treize enfants extraits vivants, quatre avaient pour mères des phtisiques et quatre des femmes étaient atteintes d'hémorrhagie cérébrale. En réalité, en dehors de quelques faits généraux, nous ne savons rien; toute cette étude est à faire, et nous n'avons pour nous guider que les bruits du cœur du fœtus. Dès que, dans un état très grave de la mère, leur rythme et leur fréquence s'altèrent, il faut agir. On ne doit pas oublier que, pendant l'agonie, les râles, qui ont pour siège l'œsophage et la trachée, masquent parfois complètement le bruit du cœur de l'enfant.

Les résultats relatifs aux mères ne sont pas moins intéressants.

La malade de Belluzzi, atteinte d'une maladie de cœur et qu'on croyait n'avoir que quelques heures à vivre, survit trois mois.

Celle de Talinucci, atteinte d'hydroamnios et probablement, car ce point n'est pas très clair, d'une hydropisie de l'ovaire, fut ponctionnée ensuite trois fois et vivait encore trois ans après.

Enfin trois de ces femmes guérirent.

La première opérée de Pellegrini, atteinte d'apoplexie cérébrale, *guérit parfaitement.*

La seconde opérée, atteinte aussi d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie, put se lever le trente-cinquième jour.

Enfin la malade de Moretti, atteinte de congestion et d'œdème pulmonaires, qui avait un pouls filiforme et qui fut accouchée dans le *sopor*, le soir avait repris ses sens et la guérison fut complète.

Des dix autres femmes, trois éprouvèrent un soulagement momentané après l'accouchement. La phtisique d'Esterle éprouva un soulagement passager; chez

celle de Duparcque, la respiration *fut plus libre, moins râleuse*, et elle survécut cinq jours contre toute attente; la femme atteinte de maladie de Brigth, accouchée par Esterle, éprouva un soulagement passager et mourut quarante heures après.

L'accouchement provoqué ou forcé pendant l'agonie, loin de hâter la terminaison fatale, comme le craignait Duparcque, la retarde plutôt; et, résultat autrement intéressant, dans des cas en apparence désespérés, comme ceux de Pellegrini et de Moretti, la délivrance modifie de telle sorte et si rapidement les conditions de la circulation que les malades ont éprouvé une très rapide amélioration et ont pu guérir.

D'ailleurs nous pensons que, de même qu'il est équitable de considérer cette série de treize enfants extraits vivants comme exceptionnellement heureuse, il est peut-être sage de considérer ces faits de guérison comme exceptionnels. Quelle que soit l'opinion qu'on s'en fasse, ils corroborent ce que nous avait enseigné l'accouchement prématuré provoqué, qui, dans des cas excessivement graves, a amené un changement que rien ne faisait espérer et parfois une guérison définitive.

Une autre particularité intéressante à noter, c'est que la délivrance ne s'est accompagnée d'hémorrhagie dans aucun de ces quinze cas, et chez plusieurs de ces femmes qui sont mortes quelques heures et même une heure après l'accouchement, l'utérus s'est contracté ou rétracté comme chez des femmes en pleine santé.

Esterle fait remarquer par deux fois qu'il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Belluzzi note qu'il y eut quelques contractions de l'utérus.

Romei, que l'utérus se contracta régulièrement.

Il nous reste à examiner le mode opératoire. La dilatation peut être faite ou lentement, ou rapidement, ou instantanément.

En cela, l'état de l'enfant, celui de la mère, doivent guider l'opérateur.

S'il s'agit d'une maladie lente, que l'agonie commence, que les battements du cœur de l'enfant soient forts et réguliers, il est sage d'imiter Esterle. L'accoucheur de Novare, peu partisan de l'accouchement forcé, provoqua le travail une fois au moyen d'une vessie en caoutchouc placée dans le vagin et très distendue; une autre fois, au moyen de la douche utérine.

La sonde élastique laissée à demeure dans l'utérus est un moyen simple, plus exempt de dangers que la douche, plus efficace que le tampon. Tout excitant provoquera d'autant plus rapidement la dilatation que l'agonie amène un relâchement des sphincters et le plus souvent des embractées.

Dans un cas d'Esterle, la grossesse est à huit mois, l'orifice est peu dilaté, mais mou et dilatable; chez une autre de ses opérées, à sept mois et demi, il trouve l'orifice dilaté, la poche des eaux dans le vagin.

Belluzzi trouve chez sa phtisique à terme l'orifice largement béant; chez la femme atteinte d'une maladie de cœur, enceinte de huit mois, l'orifice présente le diamètre d'une pièce de 2 francs et est dilatable. Chez la malade de Polaillon, enceinte de huit mois et demi, le col est effacé, dilaté comme une pièce de 2 francs. Dans le second fait de Pellegrini, le col est ramolli et assez large pour admettre facilement le doigt.

Ceci explique qu'un tampon vaginal, une ou deux douches utérines, aient suffi pour provoquer la dilatation en quelques heures. Ce relâchement et ce commencement de travail expliquent aussi comment la pénétration de la main dans l'utérus a été toujours facile et rapide. Le temps nécessaire à la dilatation a été sans doute fort court; il n'est noté que dans trois observations; dans celle de Pellegrini, il est dit que la main pénétra en dix minutes; dans le fait de Hyernaux, toute l'opération avait duré cinq minutes. Duparcque trouva le col mou, entièrement effacé; la dilatation manuelle dura de quinze à vingt minutes. Esterle seul a eu recours aux procédés habituels de l'accouchement prématuré artificiel pour provoquer le travail.

Deux fois seulement les accoucheurs se sont servis d'instruments autres que la main pour dilater le col.

Hyernaux remplaça son doigt par une pince à polype dont il écarta les mors. Polaillon fit trois incisions latérales sur le col effacé et dilaté comme une pièce de 2 francs.

L'enseignement qu'on peut retirer de cette longue et peut-être fastidieuse analyse, c'est que l'accouchement forcé ou provoqué chez la femme enceinte à l'agonie doit être mis en pratique d'abord et surtout dans l'intérêt de l'enfant; il doit l'être parfois, même avec la certitude de la mort de l'enfant, dans l'intérêt de la mère.

Le cas de Moretti est peut-être une exception; cependant il mérite de ne pas tomber dans l'oubli, pas plus que ceux de Belluzzi et de Pellegrini.

L'auscultation seule peut nous guider pour le moment où il faut intervenir.

Il faut se hâter dans les pyrexies; suivant Esterle, il faut se hâter dans l'intérêt de la mère dans les cas de choléra.

Presque toutes les femmes enceintes atteintes de choléra et abandonnées à elles-mêmes en moururent; un certain nombre, au contraire, guérirent une fois délivrées.

Une autre conclusion à tirer, c'est que l'accouchement forcé est sans gravité. Les cinq femmes qui survécurent ou guérirent définitivement n'eurent pas de suites de couches pathologiques. Chez celles qui moururent et dont l'autopsie fut faite, les lésions trouvées furent insignifiantes. Belluzzi signale une petite déchirure au col; dans le fait de Hyernaux, le col ne paraissait pas avoir souffert sensiblement. Chez la malade de Romei, on ne trouva pas la plus petite lésion.

Pourquoi n'y pas recourir plus souvent dans l'éclampsie puerpérale? Ne péchons-nous pas par excès de timidité?

Cinq fois de suite Hyernaux put faire l'accouchement forcé chez des éclamptiques, en remplaçant les doigts fatigués par une pince à polype. Les cinq femmes guérirent et quatre enfants furent extraits vivants.

Parmi les observations recueillies dans ce Mémoire, il en est une qui a une physionomie à part : c'est celle de Duparcque, et, chose remarquable, il ne publia ce fait très intéressant que dix-sept ans après, comme s'il eût craint quelque blâme. Pourtant sa conduite n'a rien que de fort correct.

Peut-être eût-il pu glisser plus légèrement sur le mobile qui le fit agir : toute ingérence du médecin ayant pour but de protéger les intérêts matériels

d'un membre d'une famille à l'exclusion d'autres ne peut que nuire à sa considération.

Ceci nous conduit à examiner le parti que le médecin peut tirer de l'accouchement artificiel par les voies naturelles dans les cas où il pourrait redouter d'engager par une autre opération sa responsabilité.

Cette responsabilité est telle qu'en 1860 quelques accoucheurs (Hatin, Kercaradec) demandaient une modification à notre législation.

Les discours prononcés lors de cette discussion mémorable prouvèrent en effet que nos lois ne protègent pas beaucoup plus les intérêts professionnels du médecin que ceux de l'enfant, puisque le médecin a toujours intérêt à ne point intervenir; ce qui n'empêche pas l'Académie de déclarer par sa Commission que, «à son avis, la législation actuelle suffit à sauvegarder et les droits professionnels du médecin et l'accomplissement de ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder».

Aujourd'hui, grâce à l'accouchement forcé après la mort, cette déclaration serait presque admissible; elle l'était peu en 1861, alors qu'il était uniquement question de l'opération césarienne *post mortem*.

Aujourd'hui, si notre législation ne protège pas encore le médecin, il peut du moins, dans de certaines limites, se protéger lui-même, concilier à la fois les intérêts de la mère, ceux de l'enfant, les siens propres.

Inquiéter un médecin pour avoir retiré d'un cadavre un enfant par la version se comprendrait peu, et, quant aux poursuites pour homicide involontaire, elles sont devenues impossibles.

Grâce à cette méthode, il peut donc éviter bien des ennuis; il ne doit d'ailleurs jamais perdre de vue que, en cas de mort subite, un excès de prudence est en quelque sorte nécessaire. La plus légère inattention peut lui coûter cher, comme le fait suivant en fait foi :

Enterrée vive!

Dernièrement[1], devant la Cour d'appel de Naples, vint une cause très intéressante. A Castel del Giudice, village de la province de Naples, une jeune femme, sur le point d'accoucher, fut prise d'un malaise subit et, quelques instants après, elle gisait sans connaisance. Le médecin qui fut appelé déclara, après l'avoir examinée, qu'elle était morte. Pressé de faire l'opération césarienne, il répondit que c'était inutile, qu'il n'y avait aucune espérance de sauver l'enfant. La malheureuse fut ensevelie après vingt-quatre heures seulement.

Quelques jours après, comme on devait enterrer une jeune fille, la sépulture fut ouverte et on remarqua que le cadavre n'était pas dans la position où il avait été placé.

La nouvelle s'en répandit. On descendit dans la sépulture, et on vit avec horreur que le ruban qui entourait les jambes était rompu, qu'elle avait la main à la bouche comme pour délier le lien qui la serrait, et qu'elle était accouchée d'un enfant qui était mort.

Scène d'horreur dont la pensée seule fait frissonner!

La Cour d'appel fut bénigne, très bénigne. On réduisit la peine infligée par les premiers juges à trois mois de prison seulement.

Il s'agit là d'un article à sensation emprunté à un journal politique et, tel

[1] *Bulletin des sciences médicales de Bologne*, Belluzzi; janvier 1878.

que le fait est raconté, on pouvait même mettre en doute la mort apparente. L'accouchement ne prouve rien; nombre de femmes enceintes sont accouchées après la mort, et l'accouchement a pu suffire pour rompre le lien qui unissait les jambes en les écartant brusquement, etc. etc.

Mais ce qu'il faut en retenir, c'est cette condamnation à trois mois de prison, que ce médecin pouvait si facilement éviter en recommandant d'attendre les premiers signes de décomposition et, mieux encore, en délivrant cette femme par la méthode de son compatriote Rizzoli; car il est à remarquer que la traction exercée sur le fœtus et le frottement sur la face interne de l'utérus par la version a suffi pour faire sortir les femmes de leur état léthargique. En tout cas, il était à l'abri de tout reproche et de toute poursuite.

La méthode italienne ne rendra pas de moindres services à l'accoucheur, lorsque, auprès d'une femme qui vient de mourir en état de grossesse avancée, un membre de la famille lui enjoindra de délivrer la mère, tandis qu'un autre le lui prohibera. La situation est des plus difficiles. Si le médecin n'a comme ressource de délivrance que d'ouvrir le cadavre de la mère, le plus souvent il hésitera et s'abstiendra; si, au contraire, il n'a pour but que de conserver la vie de l'enfant, sans tenir compte des intérêts matériels en cause, grâce à la délivrance par les voies naturelles, il pourra, sans sentir peser sur lui une responsabilté trop grande, faire son devoir.

Le fait suivant, qui s'est passé en Belgique, dans une famille dont il faut taire le nom, m'a été conté par le Dr M. Rey [1] :

Une dame, enceinte de sept mois et demi, s'habillait pour aller au bal lorsque le feu prit à sa robe. Elle mourut quelques heures plus tard de ses brûlures. Le mari, qui devait hériter de son enfant, exigeait que le médecin qui était venu assister sa femme fît l'opération césarienne; la famille de la femme s'y opposait. Le médecin, très perplexe, hésita, attendit. Le moment de la délivrance passa et la jeune femme fut enterrée sans être délivrée.

Si le médecin eût connu la méthode d'extraction par les voies naturelles, il est probable qu'il n'eût pas hésité à faire la délivrance. On pourra difficilement, en effet, exercer des poursuites contre un médecin qui aura terminé un accouchement par une version; on pourra en exercer, au contraire, dans le cas d'une opération césarienne *post mortem*.

Aussi Hatin demandait-il au moins la simple autorisation pour le médecin de faire selon sa conscience, mais écrite dans notre législation.

Hatin faisait remarquer, avec raison, que l'occasion de pratiquer l'opération césarienne n'est pas très rare, et il se demandait pourquoi on ne la pratique plus aujourd'hui aussi souvent qu'autrefois.

Pourquoi? C'est qu'elle fait peser sur le médecin une trop lourde responsabilité; c'est que, a dit le professeur Depaul, l'opération doit être faite sur le corps d'une femme dont la mort est plus ou moins probable, mais n'est jamais certaine. . . . . Pourquoi? Voici la réponse de Tardieu : « . . . Si le médecin

[1] Je prie le Dr M. Rey d'accepter tous mes remerciements pour ce fait intéressant et pour l'empressement qu'il a mis à me procurer les mémoires des accoucheurs italiens. (*Note de l'auteur.*)

peut être actionné si ridiculement, que sera-ce pour un acte aussi grave que l'opération césarienne après la mort, qui soulève et peut léser des intérêts considérables, légitimes ou non, et qui froisse dans tous les cas des sentiments si respectables? Bien des tribunaux, je n'hésite pas à le dire, se rencontreraient pour leur donner raison et faire repentir le médecin de son intervention et de sa résistance consciencieuse aux vœux intéressés ou seulement irréfléchis d'un mari ou d'une famille.»

Pourquoi? demandait Hatin. Voici la réponse de Devergie : «Si la femme est vivante, qu'il y ait eu erreur dans la mort et que l'opération césarienne entraîne ensuite le décès de la mère, nul doute qu'il se trouvera des familles qui intenteront un procès en dommages et intérêts; nul doute qu'un magistrat soit en droit d'exercer des poursuites contre le médecin sous inculpation d'homicide involontaire. . . . . Mais attendez; ce n'est là qu'un premier écueil. Le médecin se trouve devant une famille dont les intérêts sont divers. L'avis du mari est favorable; celui de la mère, des sœurs ou des héritiers de la défunte ne l'est pas. Que devra faire le médecin? Ce n'est plus seulement l'erreur sur la vie qu'il lui faudra éviter : ce sont les poursuites civiles en dommages et intérêts.» (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1860-1861.)

Après ces discours, on ne s'y serait pas attendu, la Commission conclut que, *à son avis, la législation actuelle suffit à sauvegarder et les droits professionnels du médecin et l'accomplissement de ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder, et propose de déclarer qu'il n'y a lieu à aucune intervention de la part de l'Académie.*

Ainsi, après une opération césarienne *post mortem*, une famille pourra exercer des poursuites contre le médecin sous l'inculpation d'homicide involontaire. tout au moins des poursuites civiles en dommages et intérêts, et on dit que la législation sauvegarde les droits professionnels du médecin! Soutiendra-t-on aussi qu'elle défend les intérêts de l'enfant? Un administrateur d'un grand hôpital a pu s'opposer formellement à l'extraction d'un enfant par l'opération césarienne. Et ce qui peut étonner, c'est qu'il se soit trouvé des médecins pour faire l'opération césarienne *post mortem*. L'abstention ne peut pas être inquiétée: l'intervention peut toujours l'être. Le moyen de sortir de là avait été déjà indiqué par le professeur Depaul dans le cours de cette mémorable discussion : C'est l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. Les faits lui donnent de plus en plus raison, et Verardini a pu dire : *La loi finira par imposer l'obligation d'extraire l'enfant par les voies naturelles.*

Il est peu probable que la loi française impose jamais cette obligation. Son esprit y est opposé; mais ce qui est hors de doute, c'est que cette méthode d'extraction sauvegarde tous les intérêts, y compris ceux du médecin.

Quant à la législation, sans lui enlever son caractère très libéral, et qu'il importe de conserver, on pourrait, certes, y inscrire la proposition de Hatin : *la simple autorisation écrite de faire selon sa conscience.*

Et sans aucune modification de la législation, par un simple règlement de police, il serait possible, quoique indirectement, d'exercer la responsabilité du médecin.

Il y a dans chaque commune (du moins il doit y avoir) un médecin *vérificateur*.

un médecin chargé de constater le décès; il suffirait de lui enjoindre ceci : Toute femme morte en état de grossesse avancée doit être délivrée avant l'inhumation.

Sans enlever à la loi son caractère, sans même y toucher, on reconnaîtrait ainsi que c'est un devoir pour le médecin de délivrer les femmes décédées pendant la dernière période de la grossesse.

Cette légère modification aux règlements aurait un double avantage : d'une part, elle éviterait qu'en aucun cas (ce qui est rare, ce qui aurait pu arriver pour l'éclamptique de Rigaudeaux, par exemple) une femme en état de mort apparente pût être enterrée avec le produit de la conception; d'autre part, elle aurait un caractère de protection qui laisserait au médecin une plus grande liberté d'action.

Quant au mode d'extraction, on peut le laisser au choix de l'opérateur, tant est grande notre conviction que, d'ici à peu de temps, on aura toujours recours à la méthode italienne.

L'opération césarienne *post mortem*, qui déjà appartient à un autre âge, doit disparaître de nos mœurs.

Elle emportera avec elle, il faut l'espérer, jusqu'au souvenir de ces mutilations que nous révèle parfois la presse politique, dans lesquelles, comme à Champroly ou à Saint-Étienne, des charcutiers pressés par quelques fanatiques n'ont pas hésité à ouvrir d'un coup de rasoir le ventre de femmes peut-être encore vivantes.

DISCUSSION.

M. Devilliers, *président*. Duparcque, dont M. Thévenot vient de parler, n'avait pas, en effet, publié tout de suite son observation, mais il l'avait communiquée à la Société de médecine légale, et j'étais présent quand il a fait sa communication. C'est d'après cette idée qu'en 1864, ayant échoué plusieurs fois dans l'opération césarienne après la mort, situation très grave et toujours pénible pour un médecin, surtout vis-à-vis de la famille qui met un peu d'opposition, j'ai voulu faire l'extraction par les voies naturelles. Il s'agit d'une femme qui habitait ma maison et qui était expirante sous l'influence d'une hémorrhagie très abondante. On m'appela. Cette femme était à terme. Les parties génitales étaient bien disposées. Je fis l'extraction de l'enfant mort parce que l'hémorrhagie avait été excessivement abondante. La femme venait de mourir. L'extraction se fit avec une grande facilité. Je suis intervenu pendant douze minutes au plus après la mort de la femme.

Mais Duparcque est le premier qui ait ainsi procédé.

M. Thévenot. Je possède l'observation dont parle notre honorable président et elle figure dans le Mémoire que je viens de communiquer au Congrès.

M. Chantreuil. Je demande à ajouter quelques mots à la communication si intéressante de M. Thévenot. Si j'ai bien compris mon honorable confrère, je crois qu'il donne la préférence à l'accouchement par les voies génitales sur l'opération césarienne quand il s'agit de délivrer une femme après la mort. Je poserai seulement cette question à M. le Dr Thévenot. Avez-vous une expérience personnelle à ce sujet, c'est-à-dire avez-vous fait d'une part l'opération césa-

rienne, d'autre part l'accouchement forcé par les voies naturelles, la femme étant morte?

Et voici pourquoi je pose cette question, c'est qu'il est très important de savoir si on arrive plus vite à l'enfant en faisant l'opération césarienne, c'est-à-dire en sectionnant les parois abdominale et utérine, qu'on ne fait une application de forceps ou une version, quand on doit dilater de force, soit pour pénétrer dans l'utérus soit pour en sortir, un orifice incomplètement et quelquefois nullement dilaté.

Je n'ai pas moi-même d'expérience personnelle à ce sujet, car je ne me suis jamais trouvé jusqu'à présent en présence de cas semblables, mais j'ai entendu dire à l'un de mes maîtres, très habile opérateur, que je ne veux pas nommer pour ne pas l'engager dans la question, qu'il avait essayé plusieurs fois l'accouchement forcé après la mort, qu'il avait notamment fait la version d'après la méthode de Duparcque et que ce n'est pas sans difficultés et de longs efforts qu'il était parvenu à extraire le fœtus. Dans ces conditions, je crois que l'accouchement par les voies naturelles ne devra être tenté que si l'orifice est complètement dilaté et si la tête est fortement engagée dans l'excavation. Dans ces conditions, on pourra espérer avoir un enfant vivant. Il n'en sera pas de même s'il faut forcer un orifice non dilaté ou seulement si on est obligé d'extraire l'enfant par les pieds, car cette extraction lui est bien souvent fatale.

M. Chaudé. Quelle est la disposition légale que vous voudriez voir adopter pour obliger le médecin à faire l'accouchement dans un cas particulier?

M. Thévenot. Je réclame la disposition de la loi romaine qui exigeait qu'on n'enterrât pas une femme enceinte avant d'avoir été délivrée.

M. Chaudé. Il est toujours très difficile de transporter les lois d'un pays dans un autre. En France, notre gloire est que le médecin est irréprochable dans le choix des moyens qu'il adopte. Il fait ce qu'il croit devoir faire, c'est là sa dignité. et un tribunal n'a pas à s'immiscer dans le traitement suivi par un médecin.

Sans discuter les récits intéressants que nous avons entendus, je demande par quel moyen légal vous obligerez le médecin à faire telle ou telle opération; car, si j'ai bien compris toutes les observations qui ont été présentées, il y a des cas où on pourra hésiter dans le choix des moyens à adopter. Comment formulerez-vous la disposition légale qui obligera le médecin, dans tel cas, à pratiquer l'accouchement de telle façon?

M. Thévenot. Sans se prononcer sur l'emploi des moyens, la loi peut dire que la délivrance de la femme devra avoir lieu; le médecin pratiquera l'opération césarienne ou la version, à son choix. Je crois que l'opération césarienne *post mortem* doit être conservée comme exception. Et ici je réponds à l'objection de M. Chantreuil: j'essayerai de dilater le col et, si je n'y parviens pas après deux minutes, je ferai l'opération césarienne.

Voilà, selon moi, ce qu'on doit faire.

M. Chaudé. Il me semble que la législation est suffisante. Le médecin fait l'opération sous sa responsabilité. Les commères du pays parlent comme d'ordinaire: elles disent qu'on a ouvert le ventre d'une femme qui n'était pas

morte, qu'on l'a tuée. On demande au médecin ce qu'il a fait. Il indique son opération et tout est bien.

M. Chantreuil. Il faut que le médecin soit libre de ses procédés.

M. Gallard. L'opération césarienne est une exception, elle doit toujours rester une exception, et comme il peut se faire que, malgré tout votre savoir, vous vous trompiez, vous devez faire l'opération comme si la femme était vivante. On ne fait pas une autopsie quand il y a possibilité que la femme revienne à la vie.

Je me rappelle deux faits qui se sont passés pendant mon internat et qui prouvent que l'observation de mesures réglementaires trop rigoureuses peut être mal vue au point de vue de la question qui nous occupe.

Voici un premier fait: A l'Hôtel-Dieu une femme succombe, étant à terme, d'une pneumonie. Tous les internes de l'hôpital sont réunis; on prévient le directeur de l'hôpital qu'on va faire l'opération césarienne pour tâcher de sauver l'enfant.

Je ne sais pas si les internes n'avaient pas l'autorisation préalable de leur chef de service.

L'enfant étant vivant, on va donc trouver le directeur de l'hôpital pour lui demander l'autorisation de faire l'opération césarienne; ce à quoi l'administrateur répond, à cheval sur son règlement, que les internes n'ayant pas le droit de pratiquer une semblable opération il faut aller chercher un des chirurgiens de l'hôpital. On lui fait observer que la femme est morte, et que dès lors il ne s'agit plus d'une opération régulière. « Puisqu'il en est ainsi, dit-il, c'est une autopsie, et elle ne peut avoir lieu que vingt-quatre heures après la mort. »

Telles furent les objections opposées par le directeur de l'hôpital, qui était resté dans la lettre judaïque de son règlement, liant les bras des internes et empêchant de faire une opération qui aurait pu sauver la vie d'un enfant, car il y a des exemples de succès en cas pareil.

J'ai vu dans une autre circonstance semblable un de mes collègues, qui était alors interne et qui est devenu depuis un homme considérable dans la science, se trouver dans l'obligation de faire l'opération césarienne *post mortem*. Instruit par l'exemple que je viens de vous rapporter, il n'a pas cru devoir en référer au directeur de l'hôpital, mais à tous les internes qu'il a réunis en consultation. L'avis unanime fut qu'il fallait opérer sans le moindre retard. C'est ce qui fut fait. L'enfant ne vécut pas et on se disposait à faire un mauvais parti à l'interne qui avait osé tenter ce que sa conscience, d'accord avec l'humanité et les données scientifiques les plus sûres, lui avait conseillé pour essayer de sauver l'enfant; mais heureusement, M. Grisolle, chef du service, dans lequel le fait s'était passé, s'empressa de le couvrir de sa responsabilité en disant: « On ne peut lui reprocher qu'une seule chose, c'est non pas de ne pas avoir demandé l'autorisation administrative, mais de ne pas avoir fait l'opération cinq minutes plus tôt. »

Voilà, selon moi, la règle à suivre: opérer le plus promptement possible.

Maintenant, peut-on exercer une coercition sur le médecin? Je poserai la question à mes collègues plus versés que moi dans les questions juridiques, et

ce que je leur demanderai c'est de nous dire si, avec la législation actuelle, on ne pourrait pas agir sur le médecin qui, en cas pareil, se refuserait à intervenir. Les héritiers de l'enfant ne pourraient-ils pas lui demander compte du préjudice qui leur aurait été causé par une mort qu'il pouvait dépendre de lui d'empêcher ou simplement de retarder?

Je ne tranche pas la question; je ne fais que la poser, en en demandant la solution à plus compétents que moi!

M. Comby. Je ne crois pas qu'on puisse introduire dans la législation une formule quelconque obligeant le médecin à faire telle ou telle opération. Il n'y aurait pas de sanction, parce que le médecin pourrait toujours refuser, puisqu'il est de principe que son devoir professionnel seul l'oblige. On ne pourrait donc pas le forcer à pratiquer une opération que son expérience l'engagerait à ne pas faire, s'il ne voulait pas en prendre la responsabilité. Il n'est pas possible de requérir légalement un médecin pour faire une opération césarienne alors qu'il ne veut pas la faire.

M. Lutaud. Sans vouloir prendre part à la question scientifique pendante, je désirerais néanmoins faire connaître mon opinion en ce qui concerne l'obligation qu'on voudrait imposer au médecin dans cette circonstance. Sans doute il me paraît impossible d'obliger le praticien, qui ne relève que de sa conscience, à faire une opération dans un cas déterminé; mais il me semble qu'on pourrait faire ressortir l'utilité et l'importance de cette opération, afin que le médecin n'hésite pas lorsqu'il se trouve en présence d'une femme enceinte qui vient de succomber. Dans un cas semblable, les intérêts sont divisés: les parents de la femme sont intéressés à ce que l'enfant ne vienne pas au monde vivant pour les priver d'un héritage qu'ils convoitent; le mari au contraire désire voir naître l'enfant dont il peut hériter. Le médecin qui ne pratique pas la délivrance lorsqu'elle est possible porte donc atteinte aux droits légitimes du mari, en même temps qu'il néglige de donner le jour à un enfant qui ne demanderait souvent pas mieux que de vivre. Je voudrais donc que le Congrès insistât sur l'*obligation morale* dans laquelle se trouve le médecin en pareil cas.

M. Chaudé. Si le médecin déclare qu'il ne s'est pas aperçu que la femme était enceinte, vous ne pouvez pas le condamner.

M. le Président. Je crois que la discussion est épuisée.

Ainsi, quand une femme enceinte vient de mourir, le médecin a le droit d'intervenir pour faire l'accouchement soit par l'opération césarienne, soit par les voies naturelles. Je crois que la justice ne trouverait rien à reprocher au médecin qui procéderait avec toutes les précautions régulières. Et le médecin agirait avec d'autant plus de raison, en faisant l'opération, que vous connaissez tous le fait de cet enfant sauvé vingt minutes après la mort de la femme. Un médecin, à X..., a fait l'opération et nous avons mesuré très exactement le temps qui s'est écoulé entre la mort et la délivrance; il y avait eu dix-huit minutes, et l'enfant est venu vivant.

Il ne faut donc pas se décourager, et je crois que la justice n'aurait rien à voir dans ces conditions.

Il nous reste à traiter une question médico-légale qui peut être soulevée à l'occasion des assurances sur la vie; mais le rapporteur n'est pas présent.

Il y a encore à l'ordre du jour une autre question, relative à la **Séparation de corps**. M. Legrand du Saulle et M. Lagneau devaient prendre la parole sur ce sujet. M. Legrand du Saulle n'est pas présent; M. Lagneau a la parole.

REMARQUES

SUR LA TRANSMISSION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

CONSIDÉRÉES COMME MOTIF DE SÉPARATION DE CORPS.

M. Lagneau. Messieurs, en France, de 1840 à 1862, selon M. Tourdes, on a compté annuellement en moyenne 1,219 demandes en séparation de corps. De ces demandes, qui en 1860 se sont élevées à 2,266, et qui en général tendent à devenir plus nombreuses, les trois quarts environ sont accueillies; les autres sont rejetées ou retirées par réconciliation ou autrement. D'après M. Bertillon, sur 1,000 demandes en séparation, 105.5, un dixième, seraient déposées par les hommes, qui alléguraient, dans la moitié des cas, 55.4, l'adultère de la femme visé par l'article 229 du Code civil; mais les neuf dixièmes de ces demandes, 894.5, seraient faites par les femmes qui alléguraient, dans environ un trentième des cas, 34, l'adultère du mari visé par l'article 230, et, dans la plupart des cas, les excès, sévices et injures graves, visés par l'article 231.

En France, où la séparation de corps est près de trois fois plus fréquente que le divorce et la séparation de corps en Belgique, dans le rapport de 6.5 à 2.31 [1], il est assez rare que la transmission intraconjugale d'une maladie vénérienne soit un des motifs donnés à l'appui d'une demande en séparation de corps. Notre législation ne parle nullement de ce motif de séparation de corps. Mais on assimile cette transmission à l'injure grave d'un des conjoints envers l'autre, visée par l'article 231 du Code civil : « Les époux peuvent réciproquement demander le divorce (actuellement la séparation de corps) pour excès, sévices ou injures graves de l'un d'eux envers l'autre. »

Malgré le grand nombre de cas de transmission de maladies vénériennes entre époux, la séparation de corps est rarement prononcée pour ce motif, soit que la demande en séparation ne soit pas formée, soit que cette demande soit insuffisamment motivée.

Souvent le conjoint contaminé, la jeune femme, ignore la nature de la maladie qu'elle a contractée avec son mari, qui a tout intérêt à la lui laisser ignorer. Le plus souvent, il la fait se soigner, sans lui divulguer le nom et l'origine des accidents dont elle est atteinte.

Souvent aussi, bien que sachant la nature de son affection, la femme ne

[1] Bertillon, Tourdes : *Dict. encycl. des sciences médicales*, p. 40, 41, 101, etc. Mariage (Démographie, médecine légale).

forme pas de demande en séparation, soit qu'elle craigne, en divulgant l'action coupable de son époux, de déprécier la famille dont elle porte le nom, soit qu'elle ne sache pas que la transmission morbide dont elle a été victime puisse servir à motiver une pareille demande.

Outre les nombreux cas dans lesquels la demande en séparation n'est pas formée, il en est de nombreux aussi dans lesquels cette demande est mal ou insuffisamment fondée.

Quelquefois les accidents attribués à la contagion vénérienne par la femme demandant la séparation de corps ne sont pas suffisamment caractéristiques. Des leucorrhées, des éruptions cutanées nullement spécifiques sont ainsi attribuées erronément à la syphilis. Le diagnostic est souvent difficile. Fodéré a rapporté quelques faits [1].

Il y a quelques années, on consulta la Société de médecine légale relativement à une demande en séparation de corps formée par une jeune femme, attribuant l'origine d'une vaginite granuleuse dont elle était affectée à une contagion conjugale. MM. Devergie, Vernois et moi, désignés pour examiner cette affaire, tout en étant convaincus de la vie peu morale du mari, ne crûmes pas devoir attribuer cette affection à cette origine [2].

Quelquefois, l'un des époux, la femme, attribue faussement, frauduleusement sa maladie à son mari.

M. Diday a rapporté l'observation d'une femme qui, à l'appui d'une demande en séparation, présentait son enfant comme ayant une ulcération syphilitique sur la joue. Cette ulcération était le résultat d'une cautérisation artificielle fréquemment répétée [3].

En 1858, une jeune femme mariée depuis deux mois me fut amenée. Fraîche et parfaitement saine avant son mariage, on disait qu'elle avait été contaminée par son mari. La vulve présentait des plaques muqueuses; de grosses pustules acméiformes étaient répandues sur le front, le cuir chevelu, le cou; les ganglions cervicaux étaient très tuméfiés; la malade se plaignait de violents maux de tête; la muqueuse pharyngienne était rouge, exulcérée. Cette jeune femme, pâle, décolorée, semblait être épuisée par une maladie qui, disait-on, ne remontait qu'à deux mois.

Le lendemain, le père de cette jeune femme m'amena son gendre qu'on disait avoir communiqué cette maladie. Il n'avait absolument rien et ne paraissait avoir rien eu depuis fort longtemps.

De pareils faits montrent combien le médecin doit être réservé avant d'accepter les assertions de ses clients. Aussi, en général, ainsi que le recommande M. Tardieu, fait-il bon de s'abstenir de donner des certificats [4].

La demande en séparation tout en étant parfaitement fondée, la transmission d'une maladie vénérienne étant parfaitement réelle, incontestable, quel-

(1) Fodéré : *Traité de médecine légale et de médecine publique*, t. I, p. 415, 1813.

(2) *Bulletin de la Soc. de méd. légale*, t. II, p. 84, etc. 1871.

(3) Cité par Tardieu : Étude médico-légale sur les maladies provoquées, p. 48, 1868. Extr. des *Annales d'hygiène*, t. XV, 1861.

(4) Tardieu : Étude médico-légale sur les maladies provoquées ou communiquées, p. 48, 1864. Extr. des *Annales d'hygiène*, 2e sér., t. XV, 1861.

quefois la séparation ne peut pas être prononcée, parce que le conjoint contaminateur, le conjoint accusé, peut arguer qu'il ignorait être malade, être porteur d'accidents transmissibles.

M. Diday[1] a cité plusieurs faits d'anciens syphilitiques paraissant parfaitement guéris lors de leur mariage, ne présentant aucun accident apparent depuis longtemps, cohabitant un certain temps avec leurs jeunes femmes sans paraître nullement les contaminer, mais leur transmettant la maladie dont ils se croyaient guéris, lorsque celles-ci venaient à être fécondées. Je me rappelle avoir observé un jeune homme ayant un chancre assez étendu, mais superficiel, du limbe du prépuce, chancre plutôt parcheminé que véritablement induré. Durant plusieurs mois il ne présenta que quelques très petites plaques opalines, blanchâtres, sur la muqueuse buccale, et quelques minimes et passagères érosions sur la muqueuse préputiale, accidents pour lesquels un traitement hydrargyrique fut administré. S'étant marié, sa jeune femme parut rester saine pendant deux mois. Alors apparut une ulcération petite et très superficielle, puis plusieurs autres; des plaques muqueuses se manifestèrent à la vulve, et une fausse couche eut lieu. Un traitement antisyphilitique prévint des accidents plus sérieux.

Dans ce cas, comme dans ceux rapportés par M. Diday, le mari, lors de son mariage, se croyait guéri et ne pensait nullement pouvoir transmettre sa maladie.

Aussi un arrêt du 4 avril 1818, rendu par la Cour de Lyon, rapporté par M. Langlebert[2], indique-t-il «que la communication du mal vénérien ne saurait être appréciée par les tribunaux comme une injure grave dans le sens de la loi, parce que le plus souvent elle peut être involontaire», mais qu'elle présente «le caractère de l'injure la plus grave quand il s'agit d'un homme qui sciemment infecte du poison honteux de la débauche la malheureuse dont il a trompé la foi». Un autre jugement du 27 avril 1861, rendu par la Cour de Paris, sur les conclusions de Me Pinard, se trouve également motivé par le considérant suivant : «La communication d'une maladie vénérienne à la femme est une injure grave et une cause de séparation, que le mari en ait été atteint avant ou après le mariage, lorsqu'il savait qu'il était atteint de ce mal et qu'il en connaissait la nature contagieuse[3].»

Ce dernier jugement étend bien plus que le premier la culpabilité; car un ancien vénérien paraissant parfaitement guéri au moment de son mariage, tout en n'ayant contracté aucune maladie nouvelle, peut être encore syphilitique et peut voir paraître encore de nouveaux accidents consécutifs contagieux de son ancienne affection. Il se trouve donc astreint à se surveiller constamment, afin qu'à la moindre apparition d'un accident contagieux il s'abstienne de toute relation conjugale. Et cette surveillance est loin de suffire toujours à prévenir toute transmission. Néanmoins, les arrêts précédents et plusieurs autres analogues établissent cette importante distinction entre la

[1] P. Diday : *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 236. — *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 392, etc., 1858.

[2] Ed. Langlebert : *La syphilis dans ses rapports avec le mariage*, p. 298, etc. 1873.

[3] Arrêt rapporté par M. Langlebert, p. 299.

transmission consciente du mal vénérien, motif de séparation de corps. et sa transmission insciente ou inconsciente ne suffisant pas pour motiver cette séparation.

Notre législation prononce donc la séparation de corps pour la transmission intraconjugale consciente du mal vénérien, transmission consciente alors assimilée à l'injure grave visée par l'article 231 du Code civil.

A ce propos, peut-être est-il bon de remarquer que les dénominations de mal vénérien, de maladies vénériennes, généralement employées en langage juridique, sont compréhensives d'affections de gravités bien différentes, dont conséquemment la transmission entre époux est loin d'avoir les mêmes conséquences morales pour l'épouse contaminée, considération qui, selon la maladie, semble devoir entrer comme aggravante ou atténuante dans les considérants du jugement.

Maintenant, puisque la transmission insciente intraconjugale des maladies vénériennes, de la syphilis, n'est pas atteinte par l'article 231 du Code civil, c'est-à-dire ne peut être le motif de séparation de corps, la femme victime de la transmission insciente, mais non moins réelle, n'en restera pas moins obligée de vivre avec son mari infecté et de se soumettre aux relations conjugales. Pénible situation, bien que, dans le cas de syphilis, la femme déjà infectée par son mari ait moins à redouter une nouvelle infection.

Cette transmission insciente ne semble plus pouvoir tomber que sous les pénalités portées par les articles 320 du Code pénal et 1382 et 1383 du Code civil.

En effet, selon la remarque de M. Tardieu, sous le terme générique de blessure, «la jurisprudence a compris, outre les lésions externes, telles que plaies, contusions, etc., ou blessures proprement dites, toutes lésions quelconques, toutes maladies qui seraient le fait de la négligence, de la maladresse [1]».

Or, l'article 320 du Code pénal est ainsi rédigé :

S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois, et l'amende sera de 16 à 100 francs.

Pareillement, ainsi que le fait également observer M. Tardieu dans son étude médico-légale sur les maladies provoquées ou communiquées, la transmission d'une maladie contagieuse peut toujours être punie conformément aux articles suivants du Code civil :

Art. 1382. Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par le fait duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383. Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

Mais ces articles 320 du Code pénal, 1382 et 1383 du Code civil, appliqués assez souvent dans le cas de transmission syphilitique entre nourrisson et

[1] Tardieu, *loc. cit.* p. 2 et 3.

nourrice, mais très exceptionnellement dans le cas de transmission par relations génitales, sont d'une application générale et nullement spéciale aux époux. Si donc les peines qui y sont stipulées sont susceptibles d'être appliquées à la transmission du mal vénérien entre tous individus, ces mêmes peines devraient être supportées *a maxima* lorsque cette transmission a lieu entre époux dont les relations sont obligatoires et doivent offrir toute sécurité. Or, entre époux que la loi ne croit pas devoir séparer de corps, dans le cas de transmission insciente du mal vénérien, les peines portées par ces articles de loi, c'est-à-dire l'emprisonnement momentané et les indemnités, ne peuvent que rarement trouver leur application.

En terminant ces quelques considérations médico-légales sur la transmission des maladies vénériennes, remarquons que notre législation, moins soucieuse de nous protéger nous-mêmes que de protéger nos animaux, n'a pas cru devoir porter de pénalités spéciales contre la transmission entre humains de maladies contagieuses, tandis qu'elle a édicté les articles 459, 460 et 461 du Code pénal pour punir cette transmission entre animaux domestiques.

M. Devilliers, *président.* Rien n'étant plus à l'ordre du jour, je vous demande la permission de clore la session du Congrès de Médecine légale par quelques mots.

Messieurs,

Je désire que nous ne nous séparions pas sans que je vous exprime de la part de la Société de médecine légale de Paris tous ses remerciements pour votre utile et bienveillante coopération. Elle n'oubliera pas que cette réunion de magistrats et de médecins français aux savants étrangers qui ont bien voulu nous visiter lui a procuré l'avantage de recueillir des renseignements précieux, à plusieurs points de vue, sur la médecine légale et l'organisation des fonctions des médecins qui s'occupent de cette branche de la science dans les pays voisins du nôtre. Nous nous rappellerons que c'est à la bonne volonté de tous qu'a été dû l'intérêt réel de ces séances trop restreintes. Je n'exprimerai en effet qu'un seul regret : c'est qu'il ne nous ait été donné qu'un si court espace de temps pour nous trouver réunis à vous et pour donner un plus libre cours à la discussion des travaux si intéressants qui nous ont été présentés et dont le compte rendu sera certainement publié dans les actes de la Société de médecine légale. Permettez-moi enfin, Messieurs, de vous remercier, en mon nom personnel, de la bienveillance que vous avez bien voulu m'accorder. (Applaudissements.)

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

ANNEXES.

ANNEXES.

Annexe n° 1.

PROJET D'UN CONCOURS

À INSTITUER POUR L'ADMISSION AUX FONCTIONS DE MÉDECIN LÉGISTE PRÈS LA COUR DE CASSATION, LES COURS D'APPEL ET LES TRIBUNAUX DE PREMIÈRE INSTANCE,

PAR M. LE Dr PARIS.

Aux termes des articles suivants du Code d'instruction criminelle :

Art. 43. Le procureur de la République se fera accompagner, au besoin, par une ou deux personnes, présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou du délit.

Art. 44. S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause est inconnue ou suspecte, le procureur de la République se fera accompagner d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. Les personnes ainsi appelées prêteront, devant le procureur de la République, le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience.

Le Code d'instruction criminelle, mis en vigueur à partir du 1er janvier 1811, a subi des changements assez nombreux depuis 1814 ; mais, en ce qui concerne les articles précités, aucune loi ne les a modifiés ou abrogés. C'est donc d'après les articles 43 et 44 que se continue le choix fait ou à faire, par les parquets, de tels ou tels médecins, *qui sont présumés capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou du délit,* ou qui, *en cas d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause est inconnue ou suspecte, accompagneront le procureur de la République et feront leur rapport sur la cause de la mort ou sur l'état du cadavre.*

A la date du 30 septembre 1826, le Ministre de la justice adressait aux différents parquets une instruction à laquelle nous empruntons le passage suivant, qui indique la première réforme à opérer pour obtenir un choix meilleur des médecins légistes :

Les magistrats et officiers de police judiciaire ne sauraient apporter trop de soins dans le choix des gens de l'art, dont ils peuvent se faire assister, en vertu des articles 43 et 44, pour constater le corps du délit. Les opérations de médecine légale surtout exigent cette précaution; elles sont souvent difficiles et délicates; elles ont une grande influence sur le jugement des affaires les plus graves ; c'est un double motif de ne les confier qu'à des hommes instruits, expérimentés et capables de les bien faire.

Les erreurs et les méprises qui se commettent au moment du flagrant délit sont souvent irréparables, et quand il serait toujours possible de recommencer avec succès ce qui a été mal

fait en principe, il en résulterait toujours un surcroît de dépenses qu'on aurait prévenu par un choix plus éclairé.

Pour guider dans ce choix important les officiers de police inférieurs, chaque procureur du roi pourrait choisir, à l'avance, les médecins véritablement dignes de sa confiance, dans chaque commune ou dans chaque canton, et en envoyer la liste à ses auxiliaires, en leur recommandant de les appeler exclusivement pour les opérations qu'ils seraient dans le cas de requérir, avant d'avoir pu en référer au procureur du roi. Ces médecins, jaloux de répondre dignement à ce témoignage d'une honorable confiance, se livreraient d'une manière spéciale à des études médico-légales, et l'on aurait ainsi assuré la régularité des opérations qui servent souvent de base aux procédures criminelles.

J'ajoute que, pour prévenir tout refus ou tout mauvais prétexte de la part des personnes ainsi appelées, chaque Cour, chaque tribunal peut faire choix, à l'avance, comme je viens de le dire pour les médecins, d'hommes expérimentés dans telle ou telle partie, et se les attacher, de manière qu'on soit plus assuré de les trouver au besoin, ou qu'ils puissent se suppléer réciproquement.

Ce sont là assurément de sages recommandations; malheureusement elles ne furent guère observées. Une nouvelle circulaire du 16 août 1842 en rappela l'exécution, mais sans beaucoup plus de succès.

La Cour d'appel de Paris et le tribunal de la Seine, disent Briaud et Chaudé, ont une liste de médecins parmi lesquels ils choisissent les experts qu'ils peuvent avoir à désigner. C'est ce que font aussi quelques cours ou quelques tribunaux qui siègent dans de grandes villes; mais de semblables listes seraient impossibles à dresser dans la plupart des villes d'un rang inférieur et dans les chefs-lieux de canton. Presque partout les magistrats peuvent trouver de bons praticiens, et c'est là l'honneur de l'enseignement médical de notre pays, mais plus rarement, et malgré les progrès accomplis dans ces dernières années, ils trouvent de bons experts; bien souvent aussi les instruments, les appareils, les réactifs nécessaires leur font défaut, et les expertises ne peuvent avoir cette précision, cette clarté, cette exactitude qu'elles devraient toujours présenter. Ces inconvénients ont été signalés bien des fois; bien des fois les auteurs qui s'occupent de médecine légale, les Facultés et l'Académie de médecine ont émis le vœu de voir placer, auprès de chaque Cour, de véritables médecins légistes, des hommes qui, par des études spéciales, seraient d'avance en possession de la confiance des magistrats et des jurés.

Plusieurs projets ont été présentés pour rendre ce vœu réalisable; mais, jusqu'à ce jour, aucun d'eux n'a donné une position convenable aux médecins qui veulent devenir médecins légistes.

En 1840, au moment du procès Lafarge, le Dr Bérigny a émis la proposition suivante:

Un comité de médecins légistes, pris et établis au sein de l'Académie de médecine, servirait puissamment la justice. Ce comité serait consulté au besoin par les Cours d'assises. Dans un cas embarrassant, soit que ces embarras ressortent des imperfections de la science, ou des divergences d'opinions, soit même de la rivalité qui existe entre confrères, elles seraient obligées de lui demander des explications sur des rapports écrits. Dans ce même cas, le pouvoir discrétionnaire de la Cour ne s'exercerait plus sur l'un ou plusieurs des membres de ce comité. Par ce moyen, les médecins experts ne pourraient dépasser ni les limites de la science, ni se servir d'autres opinions que celles arrêtées par le comité.

Alors il n'y aurait presque plus de discussions scientifiques dans les débats, ou au moins elles seraient bien bornées; alors le jury aurait toute confiance dans les dispositions parties du plus haut point de la science.

M. Bérigny avait raison de demander la suppression des médecins dits médecins experts, sans aptitude, comme la plupart du temps sans connaissances médico-légales, et de désirer de soumettre à un comité consultatif, formé au sein de l'Académie de médecine, les questions difficiles posées par l'instruction ou par la défense. Ce projet resta à l'état d'utopie sans doute, car nous ne trouvons aucune trace des modifications qu'il réclamait.

En 1869 il a été fondé, à Paris, une Société de médecine légale qui a pour but

de faire progresser la science et de prêter un concours désintéressé dans toutes les circonstances où elle pourrait être consultée dans l'intérêt de la justice.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de membres correspondants, nationaux et étrangers.

Les membres titulaires sont choisis parmi les personnes qui cultivent les sciences médicales, et parmi celles qui s'occupent de droit et de jurisprudence. Les membres correspondants sont choisis parmi les personnes qui réunissent les conditions d'admission des membres titulaires.

Le nombre des membres correspondants nationaux ne devra pas dépasser cent; sept au plus pour chaque ressort de Cour d'appel.

M. Alph. Devergie, premier président de la Société de médecine légale, disait à la séance d'inauguration de la Société, le 9 mars 1868 :

D'après vos statuts, vous offrez un concours désintéressé à tous les médecins qui sont appelés comme experts par la justice, et qui se trouvent en présence de questions délicates à résoudre et de faits difficiles à interpréter.

Si c'est là une viabilité assurée pour la Société, le service que vous offrez en compensation est considérable. Il exigera le concours d'un certain nombre de membres laborieux et dévoués, et nous sommes convaincus que ce concours ne fera jamais défaut.

En retour, ce service rendu mettra sous les yeux de la Société des faits toujours nouveaux, des questions de tout genre à élucider; ce seront les difficultés de la science qui deviendront l'aliment de vos discussions et de vos publications.

Grâce au concours que nous prêteront les hommes éminents de la magistrature et du barreau, qui ont pris parmi nous le rang de fondateurs, nous serons en mesure d'aborder sans réserve toutes les questions de médecine légale qui se rattachent au droit civil ou criminel; car il ne faut pas perdre de vue que la médecine légale n'existe que par la législation; qu'elle est variable comme elle; elle agrandit ou restreint son domaine, suivant l'extension ou les restrictions apportées à nos Codes. Nous avons donc tous les éléments qui sont propres à porter la lumière dans toutes les questions.

Telle est l'évolution de la médecine légale depuis 1811.

Aujourd'hui, c'est à la Société de médecine légale, devenue ainsi l'Académie de législation médico-légale, que devront s'adresser les magistrats et les médecins appelés comme experts, et qui voudront élucider les difficiles problèmes soumis à leur examen.

L'action de la Société est très restreinte: les faits qui chaque jour réclament l'intervention des médecins légistes ne peuvent être tous déférés à ses décisions; une telle affluence nuirait à la marche des affaires judiciaires. Réservons donc pour elle les faits exceptionnels, les grandes questions dogmatiques, et attribuons aux médecins légistes les devoirs non moins importants que leur haute mission leur impose.

Le médecin n'est pas l'artisan présumé capable d'apprécier la nature et les circonstances du crime; c'est le savant qui connaît l'anatomie et la physiologie de l'homme; c'est le médecin qui sait les troubles de son organisme et qui peut en apprécier la gravité.

La médecine légale a ses sujets spéciaux, qu'il faut étudier avec un soin tout particulier, comparer et réunir en un corps de doctrine dont les juges et les défenseurs doivent tirer des éléments précis pour l'appréciation des faits.

Les relations du juge et du médecin légiste établissent entre eux une sorte de *connubium;* mais dans les recherches de la justice, au civil comme au criminel, le médecin légiste n'est point un juge d'instruction, il n'est point son auxiliaire; suivant la même voie pour atteindre le même but, ils s'entendent, ils se complètent l'un par l'autre.

L'exposé oral des faits sur lesquels le médecin légiste est appelé à jeter la clarté de ses lumières, le rapport qu'il dresse ensuite et qui lui permet de fixer d'une manière durable ses observations, le forcent d'entrer dans l'historique de la cause, de caractériser les faits, parce que, par ses études, il a qualité pour le faire. Les magistrats déclinent

leur compétence dans la matière et se démettent d'une partie de leurs fonctions en faveur du médecin légiste. Ces magistrats restent *juges du droit*, mais ils instituent les médecins *juges du fond*.

La mission double du médecin légiste a donc une importance extrême; il ne peut la remplir convenablement qu'avec la double connaissance de la médecine et du droit: le droit lui indique le but; la médecine lui permet de l'atteindre. Avec le droit, il sait les moyens d'investigation dont dispose l'instruction, il sait les articles que l'instruction crée par son enquête.

Le médecin qui n'a point abordé la pratique de la médecine légale ne connaît ses difficultés qu'alors que, mis en présence de faits criminels, il est requis d'en donner une description qui puisse servir aux magistrats. Il voit bien les lésions; il comprend les troubles qu'elles ont occasionnés ou qu'elles occasionnent; mais, contraint de tirer de son examen les conclusions exigées par la justice, il hésite, il craint de donner des conclusions fausses qui mettent à néant ses observations et ne servent qu'à nuire à l'enquête. Ce défaut de précision dont se plaignent les magistrats, et sur lequel ils s'appuient pour apprécier sévèrement l'examen et le rapport du médecin légiste d'occasion, profite à la défense qui, nous l'avons vu depuis plusieurs années, a souvent son seul salut dans les fautes des médecins appelés *ex abrupto* à assister les magistrats.

Ce déplorable état de la médecine légale devant les tribunaux, devant les Cours d'assises a été cruellement jugé par M. le président Troplong, quand il a dit: «La médecine légale affecte depuis quelque temps la prétention d'imposer ses oracles à la jurisprudence. Il faut avouer que ce que j'ai vu et entendu de certains médecins, dans ma carrière judiciaire, dépasse toute croyance.... Je pense que la médecine légale n'a ajouté aucun progrès sérieux aux doctrines reçues dans la jurisprudence, et qu'elle ne doit en rien les modifier.»

Il convient d'ajouter qu'en réponse à cette amère diatribe, M. le professeur Tardieu s'est élevé avec une grande éloquence, dans la séance de l'Académie de médecine du 5 mars 1861.

La magistrature, la défense, le public ont pu, dans de récents procès, trouver que le jugement de M. le président Troplong était bien fondé: la grande science et la puissante éloquence de M. le président Tardieu n'auraient pu protéger les médecins légistes d'occasion des récriminations qui les ont frappés.

Nous le savons tous, le choix des médecins experts laisse tellement à désirer que l'on se demande comment, malgré les protestations nombreuses qui, depuis tant d'années, se sont élevées de toutes parts, ils puissent encore exister tels qu'ils sont.

En Allemagne, dit M. le professeur Casper, il en est tout autrement. Des garanties bien plus sûres sont données aux juges et aux parties dans les causes civiles et pénales. Dans ces dernières, le premier médecin appelé est toujours d'un savoir éprouvé et assermenté; c'est le *médecin-physicien*. En outre, il y a des experts de deuxième et de troisième instance, auxquels on peut avoir recours, lorsque le premier rapport est trouvé insuffisant.

Il y a ainsi, en Prusse, trois degrés d'expertises, que l'on peut comparer aux trois degrés de juridiction qui existent en France, dans la répression d'un délit: 1° le *médecin-physicien* (police correctionnelle); 2° *medicinal collegium*, collège médical (chambre des appels); 3° *Wissenschaftliche Deputation*, députation scientifique (Cour de cassation).

Le médecin-physicien, reconnu par l'État, doit être versé dans la médecine, la chirurgie et les accouchements; il doit, de plus, avoir des connaissances juridiques sur les paragraphes de la loi qui se rapportent à ses fonctions, quoique ces connaissances ne soient exigées par aucune autorité; mais elles sont très utiles, car souvent on lui demande son interprétation dans un cas donné.

Les fonctions de médecin légiste sont devenues de plus en plus sérieuses; des expertises sont très importantes et demandent en outre le talent scientifique, qui lui permette d'exposer d'une manière claire et nette son opinion, dans des cas même difficiles, où il est privé de la réflexion du cabinet et de l'aide des auteurs.

Nous ne pouvons ni ne devons rester en retard de la progressive Allemagne.

Par ses arrêtés des 10 et 11 octobre 1875, M. le Ministre de la justice a institué un concours comme condition d'admission aux fonctions judiciaires. Pourquoi, me suis-je demandé, un semblable concours n'existerait-il pas pour le recrutement des médecins légistes?

Au nom du pacte d'alliance du droit et de la médecine, unis pour assister la justice dans la recherche de la vérité, j'ai l'honneur de soumettre au Congrès le *projet d'un concours à instituer pour l'admission aux fonctions de médecin légiste près la Cour de cassation, les Cours d'appel et les tribunaux de première instance.*

PROJET.

Les conditions du concours se déduisent naturellement du mode d'existence de la médecine légale, tel que celui que j'ai exposé dans le présent mémoire, et qui implique, pour les candidats aux fonctions de médecin légiste, l'étude de la médecine et celle du droit, étude doublement importante, je l'ai montré, et qu'il est facile de contrôler par un fort examen probatoire.

Cette institution nouvelle relèverait les médecins légistes aux yeux des magistrats, du barreau et des jurés; elle donnerait à leurs déclarations l'importance de la certitude scientifique.

Le concours serait ordonné par M. le Ministre de la justice, et nul ne pourrait y prendre part s'il ne justifiait tout d'abord de ses études médicales et de ses études juridiques par les diplômes de docteur en médecine et de licencié en droit ou de docteur en droit.

Le programme du concours comprendrait toutes les connaissances médicales et juridiques, exigibles des médecins légistes.

Le classement des candidats admis aurait lieu dans les conditions suivantes :

1° Les cinq premiers seraient appelés à former le conseil médico-légal de la Cour de cassation; ces médecins devraient être docteurs en droit.

2° Les trente-deux candidats admis et suivants seraient attachés aux Cours d'appel; comme les précédents, ils seraient docteurs en droit.

3° Les autres candidats admis deviendraient les médecins légistes des tribunaux de première instance, d'après leur ordre de classement, mis en rapport avec les classes de ces tribunaux. Ces médecins légistes seraient licenciés en droit.

Les fonctionnaires médico-légaux répondraient à toute réquisition de la justice et recueilleraient de nombreuses et intéressantes observations, qui serviraient à l'élaboration d'un Code médico-légal, dont l'importance est comprise des magistrats et des médecins légistes, et dont le peu de stabilité de la médecine légale n'a pas encore permis de réunir les éléments dispersés dans les ouvrages spéciaux, dans les monographies.

Les médecins légistes ainsi admis à partager les travaux des magistrats devraient avoir, comme eux, aux palais de justice, des cabinets ou laboratoires médico-légaux. Il est, en effet, déplorable de dire que l'examen des blessés, comme celui des inculpés, se fait un peu partout, et que l'examen chimique, comme l'examen microscopique, ont toujours lieu dans l'officine du pharmacien choisi par le parquet. Un pareil état de choses est contraire à l'honneur du médecin légiste, il est nuisible aux recherches matérielles qu'il est obligé de poursuivre pour compléter ses rapports.

La rareté des cas qui nécessitent l'examen chimique permettrait de n'admettre aux recherches qu'un nombre très restreint de chimistes, dont les connaissances spéciales, applicables à la médecine légale, seraient prouvées par un concours.

Deux chimistes, adjoints aux membres du conseil médico-légal de la Cour de cassation, et un chimiste par chaque Cour d'appel, suffiraient pour répondre aux besoins de la justice.

Je crois qu'ainsi réformée, la médecine légale aurait bientôt de savants adeptes qui effaceraient les fautes de leurs devanciers en se montrant dignes de la confiance des magistrats, du barreau et du jury. C'est là mon vœu le plus cher pour l'avenir de la médecine légale; j'espère que le Congrès prêtera son bienveillant et puissant appui à celui qui désire si vivement en amener la prompte réalisation.

Annexe n° 2.

RÉPONSE

AUX OBJECTIONS SOULEVÉES DANS LE CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE À LA PROPOSITION DE CONSACRER AUX ÉTUDES ANATOMIQUES LES CADAVRES DES SUPPLICIÉS.

EXAMEN DE LA QUESTION DES LOIS RÉPRESSIVES DU SUICIDE,

PAR M. LE Dr JEANNEL,

PROFESSEUR À LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE.

Les objections faites à ma proposition dans le sein du Congrès sont de deux catégories. Les unes sont d'ordre purement matériel, les autres sont d'ordre moral.

J'entreprends de répondre aux unes et aux autres et d'examiner en même temps dans sa généralité la question des lois répressives du suicide. Le présent Mémoire se trouvera donc divisé en plusieurs chapitres :

1° Objections au point de vue matériel;

2° Objections au point de vue moral;

3° Des lois répressives du suicide en général.

I. — Objections, au point de vue matériel, à la proposition de consacrer aux études anatomiques les cadavres des suicidés.

On a prétendu que le transport des cadavres de tous les points du territoire aux écoles de médecine ne serait pas praticable. Je crois, au contraire, que, grâce à quelques dispositions administratives et moyennant l'emploi des antiseptiques, ce transport serait très facile.

Les expériences de la Commission instituée, sous la présidence de M. Devergie, pour étudier les moyens de retarder la putréfaction des cadavres, ont démontré la parfaite efficacité des mélanges d'acide phénique brut ou de coaltar et de poudre inerte dans la proportion de 1 à 4 [1]. Évidemment, rien ne serait plus simple que de généraliser

[1] Poudre antiseptique de Wafflard :

Acide phénique brut..... 1
Sciure de bois..... 4

Mêlez, déposez le cadavre dans le cercueil sur une couche de 4 à 5 centimètres de ce mélange dont vous le recouvrirez ensuite entièrement. Une poudre inerte quelconque, charbon, tan, etc., peut remplacer la sciure de bois. Le goudron de bois ou de houille peut remplacer l'acide phénique. Le prix de la poudre antiseptique se trouve ainsi réduit à moins de 25 centimes le kilogramme. 20 kilogrammes suffisent pour prévenir indéfiniment et d'une manière absolue le décomposition des cadavres. Voy. A. Devergie : *Rapport sur les mesures à prendre pour le transport des corps qui doivent être inhumés hors Paris; Conseil de salubrité*, 1869, in-4°.

l'emploi de cette poudre qui réalise l'embaumement parfait des cadavres pour la somme de 5 à 6 francs.

Quant au transport proprement dit, on emploierait un système analogue à celui qui fonctionne actuellement pour livrer aux amphithéâtres de Paris ou de Montpellier les cadavres provenant des prisons. On aurait en dépôt, dans les principales gares de chemins de fer, à la disposition de l'autorité préfectorale, des caisses spéciales qui seraient renvoyées au dépôt après chaque expédition mortuaire.

II. — Objections au point de vue moral.

On a reproché à ma proposition d'aller contre son but. Loin d'augmenter le nombre des cadavres dont on dispose pour les études anatomiques, la loi que je demande le diminuerait au contraire. En édictant l'envoi aux amphithéâtres comme une sorte de peine dont seraient passibles les suicidés, elle augmenterait la répugnance de la population ouvrière pour les amphithéâtres, et le nombre, déjà trop restreint, des corps laissés à la disposition des administrations hospitalières, livrés par elles aux écoles de médecine, se trouverait réduit de plus en plus.

Je réponds à cette objection qu'il paraît bien difficile que la répugnance de la population ouvrière pour les amphithéâtres anatomiques puisse être augmentée. Les cadavres non réclamés sont aujourd'hui très rares; ce sont ceux des malheureux qui n'ont pas de famille, qui ne font partie d'aucune corporation, d'aucune société ouvrière, qui n'ont aucune espèce de ressources contre la misère et l'abandon.

III. — Des lois répressives du suicide en général.

Les autres objections exprimées au sein du Congrès sont les suivantes :

Les législateurs repousseraient nécessairement une loi qui aggraverait la douleur des familles des suicidés par une réprobation officielle, et qui leur enlèverait un droit considéré comme imprescriptible : celui de rendre les honneurs funèbres à leurs membres décédés.

Un ministre s'est suicidé il y a quelques années. Aurait-on pu songer à envoyer son cadavre aux amphithéâtres anatomiques ? La conscience publique se serait révoltée contre une pareille énormité que jamais aucune loi ne saurait produire.

Ces objections se rattachent à la question des peines répressives du suicide, souvent controversée parmi les moralistes et les jurisconsultes. Je ne saurais les résoudre sans reprendre cette question dans sa généralité. Je diviserai mon travail en quatre parties :

A. *Historique de la répression légale du suicide.*

B. *L'homme est-il libre de disposer de lui-même, selon l'aphorisme des stoïciens :*

Mori licet cui vivere non placet?

C. *Les passions qui poussent au suicide sont-elles toujours plus fortes que l'incrimination légale ou que l'autorité des lois?*

D. *La flétrissure légale de la mémoire du suicidé serait-elle injuste, puérile et odieuse ? Indifférente à celui qu'elle devrait punir, n'atteindrait-elle que sa famille, innocente de l'attentat commis par lui ?*

A. **Historique de la répression légale du suicide.** — Le suicide a été diverse-

ment apprécié selon les temps, les mœurs et le degré de civilisation des peuples. Les Hébreux privaient de sépulture les cadavres des suicidés [1].

« Il est clair que les lois civiles de quelques pays ont eu des raisons pour flétrir l'homicide de soi-même [2]. »

« Un homme, dit Platon, qui a tué celui qui lui est étroitement lié, c'est-à-dire lui-même, non par ordre du magistrat ni pour éviter l'ignominie, mais par faiblesse, sera puni. »

Montesquieu fait remarquer le vice de cette loi de Platon. En effet, « dans le seul cas où l'on ne pouvait pas tirer du criminel l'aveu du motif qui l'avait fait agir, elle voulait que le jugement se déterminât sur ce motif [3]. »

La loi romaine exemptait le suicide de toute espèce de peine lorsqu'il avait pour cause les angoisses des passions, le dégoût de la vie, l'excès des douleurs physiques; il était même alors estimé comme un acte de vertu stoïque [4]. Mais si le suicide avait pour but d'échapper à une poursuite criminelle, il était puni par la confiscation des biens [5].

Le droit canon considère le suicide comme un homicide criminel qui rend le coupable indigne des prières de l'Église [6].

En France, dès les premiers temps de la monarchie et au moyen âge, les législateurs se sont inspirés du droit canon. Un capitulaire de Charlemagne permet en faveur des suicidés les aumônes ou les prières, mais interdit les cérémonies de l'Église.

Dans les *Établissements* de saint Louis (§ 88), la peine de la confiscation est prononcée tant contre les biens du suicidé que contre ceux de la femme. L'ordonnance de 1670 prescrit de faire le procès au cadavre. On condamnait les cadavres de ceux qui s'étaient homicidés à être traînés sur une claie la face contre terre, à être ensuite pendus par les pieds et privés de sépulture [7]; ils étaient jetés à la voirie ou enterrés sous la potence [8]; plusieurs coutumes ajoutaient à ces peines la confiscation des biens [9]. La simple tentative de suicide était passible des mêmes peines que l'homicide volontaire [10]. Cependant, la jurisprudence et le droit canon excusaient les suicides commis par les aliénés [11]. Lorsque les coupables étaient nobles, ils étaient dégradés, eux et leurs descendants, leurs armoiries brisées et leur nom supprimé [12]. En Angleterre, les lois qui punissent le suicide ne sont pas abrogées, mais elles sont tombées en désuétude [13].

Toutes les dispositions répressives du suicide sont abrogées en France depuis 1791 [14], et depuis cette époque, la plupart des jurisconsultes, des criminalistes et des aliénistes ont repoussé l'idée des peines préventives du suicide.

Dalloz ne peut admettre que le suicide, « l'acte le plus profondément réfléchi auquel l'homme puisse se livrer », soit rangé dans l'odieuse nomenclature des crimes; il déclare honteux les procès faits à la mémoire des morts :

(1) Josèphe, lib. III, cap. xxv.
(2) Montesquieu, *Esprit des lois*, liv. XIV, chap. xii.
(3) *Ibid.*, liv. XXIX, chap. ix.
(4) Dalloz, *Répertoire; crimes et délits contre les personnes*, chap. ix.
(5) *Dig. de re militari*, liv. VI, § 7.
(6) Can. 12, caus. 23, quœst. 4.
(7) Jousse, *Trait. des mat. crim.*, t. IV, p. 131.
(8) Huyart de Vouglorns, p. 183, 185.
(9) Serpillon, t. II, p. 960; Loysel, liv. VI, tit. II, règl. 28.
(10) J. Clarus, quœst. 68, n° 37.
(11) Can., *Si quis insaniens*; 15, quœst. 1.
(12) Jousse, Serpillon, Loysel, *loc. cit.*
(13) Taillandier, *Lois pénales*, p. 47.
(14) Dalloz, *loc. cit.*

Ce n'est pas à dire pour cela, continue-t-il, que nous ne verrions pas avec satisfaction apparaître un remède, une mesure légale capable d'arrêter cette fatale maladie; mais où la trouver? Nos mœurs ne toléreraient pas ces supplices que la loi infligeait aux cadavres. Nos lois ont proscrit la confiscation des biens comme le châtiment le plus inique, en ce qu'au lieu d'atteindre le coupable, elle frappe sa famille innocente. Quelle pourrait donc être la peine? Une flétrissure publique? Mais est-ce que les passions et les affections qui poussent au suicide ne seraient pas toujours plus fortes que l'incrimination légale et l'autorité des lois sur un cadavre?

Nous n'avons jamais compris que le suicide ait pu faire naître envers ceux qui se livrent à cet acte fatal un autre sentiment que celui du regret et d'une douloureuse sympathie [1].

A. Chauveau et Hélie Faustin acceptent le principe de la répression pénale du suicide, mais ils concluent par un déclinatoire en raison des difficultés de l'application :

Les passions et les affections morales qui poussent au suicide sont souvent plus fortes que l'autorité des lois. La religion seule a le pouvoir d'enchaîner la volonté, parce qu'elle commande aux passions. Cependant, ne nous hâtons point de proclamer toute disposition impuissante et stérile : l'inscription du suicide, parmi les délits, aurait déjà un avantage : celui d'édicter une haute leçon, un avertissement moral pour les peuples; et qui sait si cette salutaire flétrissure ne détournerait pas de son accomplissement quelques esprits momentanément égarés? N'empêchât-elle qu'une seule mort volontaire, la loi serait-elle inutile? Quelle voix oserait s'élever pour le dire?

La statistique criminelle attribue le tiers des morts volontaires à des maladies cérébrales dont le suicide est l'un des symptômes ou l'un des effets. Il serait donc nécessaire, dans le système de répression, qu'une enquête solennelle à chaque mort volontaire vînt éclairer la justice et recueillir les causes de la détermination. Or, quelle incertitude dans une telle investigation! Telles sont les difficultés qui nous semblent environner cette question; nous faisons des vœux pour qu'elle ne soit pas insoluble [2].

Dalloz allègue encore contre les lois répressives du suicide que, pendant la longue période du moyen âge, les anathèmes canoniques et les punitions légales n'empêchaient pas l'accomplissement d'un grand nombre de suicides [3]. Mais évidemment l'absence de documents statistiques infirme cet argument, car il est impossible de savoir si ces anathèmes et ces punitions n'avaient pas pour résultat de détourner du suicide un certain nombre de ceux qui s'y seraient livrés.

Sans être absolument démonstrative, faute de chiffres précis, la multiplicité des suicides dans les pays protestants et leur accroissement parallèle à l'affaiblissement des croyances religieuses autoriseraient, au contraire, à penser que les peines répressives et comminatoires ne sont pas sans exercer une utile influence. Du reste, Brière de Boismont, dans des considérations qui manquent aussi de la base positive des statistiques, avance que le caractère distinctif du moyen âge, au point de vue du suicide, est la diminution progressive de cette maladie, surtout pendant la période de croyance, ce qui doit être attribué à la prédominance du sentiment religieux et aux peines portées par l'Église et par la législation. «C'est à partir du XVIe siècle», continue-t-il, «que la tendance au suicide devient plus prononcée. Cette recrudescence se lie au relâchement des croyances religieuses, à la liberté d'examen et aux apologies du suicide; mais cette disposition reste exceptionnelle jusqu'à ce que, les théories étant descendues dans les faits, elle se généralise et éclate dans le cours du XVIIIe siècle [4].»

Chose digne de remarque! ce savant aliéniste, dont l'ouvrage contient un grand nombre de faits qui prouvent péremptoirement, comme on le verra plus loin, l'utilité des lois répressives, conclut que les peines comminatoires ne sont plus dans nos

[1] Dalloz, *loc. cit.*
[2] Chauveau et Faustin Hélie, *Théorie du Code pénal*, 5e édit., t. III, p. 449.
[3] Dalloz, *ouv. cit.*
[4] Brière de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, Paris, 1856, p. 31.

mœurs, frapperaient les innocents et auraient pour résultat de porter à l'imitation les aliénés suicidés [1]. C'est lui pourtant qui formule la conclusion suivante :

« Le raisonnement peut triompher de l'idée du suicide, lorsque la passion seule est en jeu ; dans l'état de folie, un pareil résultat est rarement obtenu [2]. »

B. L'homme est-il libre de disposer de lui-même, selon l'aphorisme des stoïciens :

Mori licet cui vivere non placet?

Est-il vrai que le suicide soit la sublime expression de la volonté luttant contre les douleurs de la vie?

Faut-il admettre sans restriction ces deux maximes de Montaigne :

« La plus volontaire mort est la plus belle ;

« La vie dépend de la volonté d'autrui, la mort de la nôtre [3] ! »

L'aphorisme des stoïciens, comme toutes les théories qui placent le droit avant le devoir, fait abstraction de la société ou subordonne les devoirs sociaux aux satisfactions de l'égoïsme, ce qui équivaut, en dernière analyse, à la destruction de l'ordre social. Or, le fait même de l'état social renverse ces théories, puisque la société ne subsiste que par l'apport incessant des sacrifices de ses membres et par leur soumission aux lois, c'est-à-dire aux formules de leurs devoirs réciproques.

Si le devoir social existe, la réprobation sociale doit s'attacher à celui qui s'y soustrait.

« Le mal moral consiste à avoir violé l'ordre ; l'expiation doit avoir pour effet de le rétablir. L'expiation doit être exemplaire, c'est-à-dire qu'elle doit effacer le scandale de la faute et en inspirer l'horreur [4], afin d'en prévenir l'imitation.

« Nous ne pouvons attenter à l'ordre universel en nous [5]. »

L'obéissance à la loi est le premier des devoirs du citoyen. La loi est le principe et la garantie de l'ordre, et l'ordre est la condition de la vie sociale. Le suicide est l'homicide de soi-même, comme dit Montesquieu ; or, quoi de plus contraire à la société que l'homicide, puisqu'en se multipliant il la détruirait absolument?

Admettre le droit au suicide, c'est donc consentir à un principe de destruction de la société.

Tous les généraux cherchent à prévenir le suicide, en proclamant que le soldat qui tourne ses armes contre lui-même forfait au devoir militaire comme celui qui déserte, et en privant des honneurs funèbres les cadavres des suicidés. Il est pour eux de la dernière évidence qu'une épidémie de suicide pourrait détruire l'armée, et par suite, la nation.

Ce n'est pas seulement l'homme pervers qui est réprouvé, ce n'est pas l'impie, ce n'est pas le violateur de la justice humaine et divine, celui qui prend la vie, les biens, la liberté de ses frères, qui souille son âme par l'asservissement de honteuses passions ; c'est l'homme inutile qui enfouit sa force ; c'est l'âme solitaire qui, faite pour l'humanité, s'isole de l'humanité ; qui ne veut vivre que pour elle-même, contente de ne pas faillir, comme si la vertu n'était qu'une négation qui cherche dans l'anéantissement des passions et dans une mort anticipée une innocence imbécile, tandis qu'il faut combattre le combat de la vie, le bon combat : aimer, penser, agir, laisser sa trace, faire du bien [6].

C'est surtout quand l'homme méconnaît les droits de son créateur, quand il s'obstine à ne

(1) Brière de Boismont, *ouv. cit.*, p. 611.
(2) *Ibid.*, p. 620.
(3) *Essais*, liv. II, ch. III.
(4) J. Simon, *Religion naturelle*, 2e édit., p. 447.
(5) J. Simon, *Le devoir*. Paris, 1854.
(6) J. Simon, *Religion naturelle*, 2e édit., p. 421.

voir que le néant au delà de son existence qu'il ose porter sur lui-même une main homicide. Rouvrez son âme aux grandes vérités du christianisme ; montrez-lui ses devoirs comme homme et comme citoyen, bientôt il comprendra que sa vie n'est qu'un dépôt dont il ne peut disposer sans se rendre coupable envers Dieu, envers lui-même [1].

Si Dieu a un compte sévère à demander à celui qui attente à ses jours, la société ne doit pas se montrer moins sévère à son égard ; non seulement il la prive de la part d'efforts et de travail qu'elle était en droit d'attendre de lui pour les avances qu'elle lui a faites [2], mais la doctrine qu'il professe est éminemment attentatoire à sa sûreté, car l'homme qui dispose à son gré de sa vie est maître de celle des autres [3].

Il n'y a qu'un pas de l'envie de mourir à l'envie de tuer [4].

Le suicide est un homicide, et dès lors le législateur aurait fait œuvre morale en sanctionnant, ne fût-ce que par cette simple déclaration, la loi religieuse. Il aurait en même temps tranché cette question, qu'on rougit de voir discuter devant nos tribunaux, de la culpabilité des complices des suicidés. Il aurait édicté une peine contre la tentative de suicide manifestée par un commencement d'exécution et une peine plus grave contre la récidive [5]. On pourrait alors atteindre les auteurs de ces livres, de ces drames où le suicide est excusé, justifié et même glorifié par application de la loi du 17 mai 1819, qui punit l'outrage à la morale publique et religieuse, et de la loi du 27 juillet 1849, qui punit l'apologie des faits qualifiés crimes ou délits [6].

Le procureur général Dupin, dans un réquisitoire resté célèbre, s'exprimait ainsi :

Le suicide est un crime qui blesse les idées religieuses de ceux qui en ont, et la morale de ceux qui y croient. C'était un crime prévu et réprimé par les lois anciennes et dont la punition avait de salutaires effets, car tel qui eût fait bon marché de sa vie, s'arrêtait devant une idée de respect pour son cadavre et dans la crainte de voir son corps voué à l'ignominie. Il faut reconnaître ce qu'il y a de bon chez les anciens. C'était là une puissante intention [7].

Je conclus : 1° l'homme n'est pas libre de disposer de sa vie selon l'aphorisme des stoïciens, et le suicide est un acte criminel et absolument antisocial ; 2° la société a le droit de réprimer le suicide et le devoir de le flétrir.

C. **Les passions qui poussent au suicide sont-elles toujours plus fortes que l'incrimination légale ou que l'autorité des lois ?** — On est tenté de penser tout d'abord que l'homme qui se donne la mort renonce par là même à tous les liens qui l'unissent à la société et à sa famille, mais, lorsqu'on examine les choses de près, on est obligé de reconnaître que les conditions matérielles ou morales, certaines circonstances fortuites, accessoires et même futiles, ont souvent une influence décisive pour déterminer ou pour empêcher la perpétration du suicide.

Premièrement, l'imitation est reconnue par tous les aliénistes et tous les philosophes comme une cause formelle de la mort volontaire. Le suicide par imitation prend même souvent le caractère d'une épidémie qui se propage par contagion.

« Étrange passion que celle du suicide, s'écrie P. Lucas ; elle est épidémique, elle est une des plus esclaves de l'esprit d'imitation [8] ! »

(1) Descuret, *Médecine des passions*, 1841.

(2) Les économistes s'accordent à admettre qu'un adulte représente dans la société un capital moyen égal à ce qu'ont coûté sa nourriture et son éducation, et que ce capital est de 20,000 fr. D'après cette donnée, 5,000 suicides (moyenne annuelle) représentent pour la société une perte sèche de 100 millions de francs.

(3) Brière de Boismont, *ouv. cit.*, p. 585.

(4) Delisle de Sales, *Philosophie de la nature.*

(5) M. Magnien, *Revue catholique des institutions et du droit*, t. IV, p. 116.

(6) Onofrio, *Lois positives contre le suicide.*

(7) Dupin, *réquisitoire Copillet ;* Dalloz, *Répertoire ; crimes contre les personnes*, ch. IX.

(8) P. Lucas, *De l'imitation contagieuse et de la propagation sympathique des névroses et des monomanies.* Thèse. Paris, 1833, p. 28.

Je me bornerai à rapporter en quelques mots les épidémies historiques.

L'épidémie de Milet remonte à l'antiquité grecque. Voici ce qu'en dit l'auteur des *Essais* :

« Et nous lisons, des vierges milésiennes que, par une conspiration furieuse, elles se pendaient les unes après les autres jusqu'à ce que le magistrat y pourveust, ordonnant que celles qui se trouveraient ainsi pendues seraient traînées du mesme licol toutes nues par la ville [1]. »

« Pendant les guerres du Milanais, rapporte le même auteur, et tant de prises et reprises, le peuple, impatient de si divers changements de fortune, prit telle résolution à mort que j'ai ouï dire à mon père qu'il y veit tenir compte de bien vingt et cinq maistres de maison qui s'étaient défaicts eux-mêmes en une semaine.

« Nous avons plusieurs exemples en notre temps, de ceux, jusques aux enfants qui, de crainte de quelque légère incommodité, se sont donnez à la mort [2]. »

Primerose, Spon, Bonnet, cités par Brière de Boismont, racontent l'étrange manie qui portait les femmes de Lyon à se précipiter dans le Rhône. Esquirol rapporte qu'autrefois, à Marseille, les jeunes filles se tuaient à cause de l'inconstance de leurs amants.

Au mois de juin 1697, on observa un grand nombre de suicides à Hansfeld [3].

Il en fut de même à Rouen en 1806, à Stuttgard en 1811, au village de Saint-Maurice dans le Valois en 1823 [4].

La plus effroyable épidémie de suicide fut celle de Versailles, qui détermina, en 1793, la mort de 1,300 personnes, presque aussitôt après l'abolition des lois répressives du suicide [5].

C'est un fait souvent constaté qu'un suicide accompli par précipitation du haut d'un monument, comme les tours Notre-Dame, la colonne Vendôme, la colonne de la Bastille, est suivi de plusieurs autres suicides semblables [6].

A l'Hôtel des Invalides, un pensionnaire fut un jour trouvé pendu au poteau d'une lanterne. Dans l'espace de quelques semaines, douze invalides furent successivement trouvés pendus au même poteau; on se décida à le supprimer, ce qui mit fin à l'épidémie.

Les nègres de Cuba, atteints de nostalgie, se suicidaient en grand nombre, s'imaginant qu'ils ressusciteraient le troisième jour au sein de leurs tribus africaines. Le gouverneur les guérit de cette absurde épidémie en ordonnant que les têtes des suicidés resteraient exposées en public pendant un mois et que leurs corps seraient brûlés pour les cendres être jetées au vent [7].

Tout le monde connaît la manie du suicide qui s'est emparée des Allemands après la publication de *Wether*. L'auteur lui-même en était profondément affligé et regrettait la funeste popularité de son ouvrage.

Ainsi cet acte, qu'on est porté à considérer comme la suprême manifestation du désespoir, *le plus profondément réfléchi auquel l'homme puisse se livrer*, cet acte, qui ne laisserait aucune prise à la réprobation légale, est souvent le résultat d'un entraînement capricieux, engendré, comme certaines névroses convulsives, par une imitation irréfléchie; il suffit de quelques précautions matérielles, de quelques prescriptions des autorités pour l'empêcher, et l'on persisterait à soutenir que la loi édictant une solennelle prohibition et menaçant de peines infamantes resterait complètement inefficace!

D. La flétrissure légale de la mémoire du suicidé serait-elle injuste, puérile et odieuse? Indifférente à celui qu'elle devrait punir, n'atteindrait-elle que sa famille, innocente de l'attentat commis par lui? — Assurément les peines répres-

(1) Montaigne, *Essais*, liv. II, chap. III.
(2) *Id. ibid.*, liv. I, chap. XL.
(3) Sydenham, œuvres complètes, t. II.
(4) Brière de Boismont, *ouv. cit.*, p. 143.
(5) Descuret, *Médecine des passions*, p. 682; — M. Magnien, *ouv. cit.*, p. 119.
(6) Brière de Boismont, *ouv. cit.*, p. 141.
(7) *Revue de Paris*, 29 avril 1845.

sives devraient être considérées comme vaines et futiles, si le suicide était toujours déterminé par un désespoir raisonné, un dégoût profond et irrémédiable, un dédain absolu de la vie, un abandon complet de la famille et des intérêts sociaux; mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi. J'ai déjà fait voir que l'homicide de soi-même est souvent le résultat d'une imitation irréfléchie qui n'a rien de commun avec le désespoir raisonné et avec le dédain absolu de la vie. Je vais maintenant démontrer qu'un nombre considérable d'individus, au moment de se donner la mort, sont préoccupés de ce qu'on pensera d'eux, règlent leurs funérailles ou se déterminent par l'espoir d'échapper au déshonneur.

Brière de Boismont a donné, d'après des documents authentiques, le tableau suivant des déterminantes de 4,595 suicides :

1er GROUPE.		
Ivrognerie	530	1,309
Pauvreté, misère	282	
Embarras d'argent, revers de fortune, cupidité	277	
Inconduite	121	
Paresse	56	
Manque d'ouvrage	43	
2e GROUPE.		
Folie	652	1,089
Ennui, dégoût de la vie	237	
Caractère faible, exalté, triste ; hypocondrie	145	
Délire aigu	55	
3e GROUPE.		
Chagrins domestiques	361	672
Chagrins, contrariétés	311	
4e GROUPE.		
Maladies	405	405
5e GROUPE.		
Amour	306	360
Jalousie	54	
6e GROUPE.		
Remords, crainte du déshonneur, des poursuites judiciaires	134	134
7e GROUPE.		
Jeu	44	44
8e GROUPE.		
Orgueil, vanité	26	26
9e GROUPE.		
Motifs divers ou inconnus	556	556
TOTAL		4,595

L'examen de ce tableau démontre que le désespoir absolu et le dédain complet des intérêts sociaux ne sauraient être admis comme les causes les plus fréquentes du sui-

cide. Un grand nombre, parmi les causes déterminantes, sont évidemment de nature à être puissamment influencées par la réprobation légale, par la menace du déshonneur posthume.

Tous ceux que la crainte du déshonneur ou l'orgueil blessé engagent à se réfugier dans la mort seraient certainement détournés de leur fatal projet par la loi qui flétrirait la mémoire des suicidés, car, selon l'avis de Descuret, «particulièrement dans l'acte du suicide, l'amour-propre joue un des premiers rôles[1]».

Et quelques-uns tout au moins de ceux que l'ivrognerie, la pauvreté, les revers de fortune, les chagrins, les contrariétés, les maladies, l'amour, la jalousie, le jeu poussent au suicide en seraient détournés par l'ignominie qui y serait attachée.

Parmi les 4,595 faits qui font la base de ce travail, ajoute le célèbre aliéniste, nous avons trouvé 1,328 lettres, notes ou écrits quelconques, où se reproduisent les souffrances si variées du cœur humain. Lorsqu'on réunit ce chiffre à celui des individus qui ne savent ni lire ni écrire, on arrive à ce résultat que très peu de ceux qui vont quitter le monde résistent au désir de faire connaître les sentiments qui les agitent, les chagrins auxquels ils sont en proie, les malheurs ou les déceptions dont ils sont ou dont ils se croient les victimes. *Le besoin de vivre dans la mémoire des hommes, de laisser un souvenir de leur passage sur la terre, semble la préoccupation du plus grand nombre*[2].

J'extrais de l'enquête de Brière de Boismont les faits les plus démonstratifs quant à la thèse que je soutiens :

278 suicidés font des adieux à leurs parents, à leurs amis, au monde;
105 donnent des instructions diverses pour leurs funérailles, la manière de les ensevelir, etc.;
45 demandent pardon de leur suicide;
43 témoignent de la sollicitude pour l'avenir de leurs enfants, de leurs parents;
36 ont confiance en la miséricorde divine;
38 expriment le regret de quitter la vie, des personnes aimées, etc.;
22 font profession de croire à la vie future;
18 meurent en hommes d'honneur;
30 veulent expier une faute, ou demandent pardon des fautes qu'ils ont commises;
11 prient leurs amis de donner des larmes à leur mémoire;
11 désirent les prières de l'Église;
11 donnent à leur mort des motifs futiles;
9 expriment l'horreur de l'action qu'ils vont commettre;
19 demandent qu'on ne donne pas de publicité à leur suicide, qu'on le cache à leur famille.

Total 676

Il est donc démontré qu'au moment suprême un grand nombre de ceux qui attentent à leur vie sont préoccupés de ce qui va se passer après qu'ils auront quitté le monde, des conséquences de leur mort, de ce qu'on pensera d'eux, de ce que deviendront leurs dépouilles.

Reste une dernière objection : la flétrissure du suicidé aggraverait la douleur de sa famille et rejaillirait sur les innocents.

Si l'on reconnaît, ce que je crois avoir prouvé, que le suicide est un homicide et un crime antisocial, on ne devra plus s'étonner de ce que la flétrissure de la mémoire du suicidé atteigne à un certain degré sa famille.

(1) Descuret, *Médecine des passions*, 1841.
(2) Brière de Boismont, *ouv. cit.*, p. 317.

Assurément, dit l'éminent auteur des *Lois positives sur le suicide*, un supplice fictif exciterait dans le public un sentiment de répulsion; on ne pourrait pas traîner le cadavre sur une claie ou lui faire subir le simulacre d'une seconde mort, mais il faut conserver aux peines anciennes la pensée mère qui les avait fait appliquer et le caractère exemplaire qu'elles portaient avec elles. Une des premières qualités de la peine, c'est d'être exemplaire. Le législateur pourrait s'associer aux lois canoniques qui refusent les honneurs de la sépulture ecclésiastique et l'entrée de l'église aux corps des individus qui se sont détruits, à moins, ce que l'Église observe soigneusement, qu'ils n'aient donné des signes d'aliénation mentale ou quelque marque de repentir. Quand la loi veut que le corps du supplicié soit inhumé sans aucun appareil, elle atteint bien le cadavre, elle atteint bien la famille! Qui peut trouver mauvais que le corps du criminel n'ait point les honneurs de la sépulture? N'est-il pas juste également que la loi exige que le suicidé, ce criminel, lui aussi n'ait pas de funérailles? Ce serait juste, ce serait logique, ce serait exemplaire [1].

Sans doute le déshonneur rejaillirait sur ces innocents; mais c'est la conséquence générale, la conséquence nécessaire de la solidarité des familles. La bonne renommée, à plus forte raison la gloire d'un homme, est une partie et la meilleure du patrimoine qu'il lègue à ses enfants. La honte qu'un criminel assume s'étend nécessairement sur tous ceux qui portent son nom.

Le cadavre d'un ministre suicidé envoyé aux amphithéâtres anatomiques, c'est pour quelques-uns une inconvenance, une énormité qui révolterait la conscience publique et qui ne saurait être prescrite par aucune loi. Pourtant, on a vu de nos jours des ministres concussionnaires traduits devant la Chambre des pairs et condamnés à subir une peine infamante, un maréchal traître à son pays solennellement dégradé et doublement flétri par une condamnation capitale et par une commutation de peine.

Certes, si votre morale admet la liberté du suicide, votre législation en doit respecter le droit, et vous n'avez rien à faire pour empêcher les attentats des citoyens contre leur propre vie; mais si vous reconnaissez que la société est un être collectif à qui chacun de ses membres doit un certain concours, et que se donner la mort c'est détruire la part de société qui est en soi, vous devez rechercher les moyens de prévenir et de punir l'homicide de soi-même. Loin d'excuser le ministre qui s'est suicidé, vous le jugerez plus coupable qu'un simple particulier; l'exemple détestable qu'il a donné doit centupler à vos yeux la gravité de sa faute.

Il faut encore remarquer que la secrète sollicitude de l'homme pour l'honneur de sa famille et la crainte du scandale interviennent souvent pour l'aider à vaincre les plus mauvaises tentations et le retiennent sur la pente du crime.

Je suis donc autorisé à conclure que la flétrissure légale de la mémoire des suicidés ne serait ni injuste, ni puérile, ni odieuse, et qu'elle détournerait de leur fatal projet un nombre considérable de ceux qui sont tentés de quitter volontairement la vie.

Je reviens à ma proposition :

Les médecins chargés des expertises médico-légales seraient pleinement compétents pour juger, au sujet de chaque cas de suicide, la question préjudicielle de la réalité et la question principale de la responsabilité;

Aucun intérêt ne serait compromis lorsque, dans les cas douteux, ils concluraient à l'absence de responsabilité et, par suite, à la célébration des cérémonies funèbres;

L'envoi aux amphithéâtres anatomiques des suicidés reconnus responsables par les médecins experts témoignerait incessamment de la flétrissure édictée par la loi contre l'homicide de soi-même, et, je le répète avec MM. A. Chauveau et Faustin Hélie «Quelle voix oserait s'élever pour dire qu'une pareille loi serait inutile?»

[1] Magnien, *ouv. cit.*, p. 120.

Annexe n° 3.

DE LA VALEUR MÉDICO-LÉGALE DES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES.

QUESTION DE PRIORITÉ; RECTIFICATIONS À PROPOS DU RAPPORT LU AU CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE [1].

LETTRES DE M. LE Dr SEVERIN CAUSSÉ (D'ALBI).

PREMIÈRE LETTRE.

A Monsieur Gallard, *secrétaire général de la Société de médecine légale de Paris, etc.*

Je lis toujours avec un grand plaisir les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* où sont consignés les rapports et les travaux de cette Société.

M'étant occupé, il y a déjà quelques années, de l'asphyxie par suffocation dans ses rapports avec l'hémorrhagie du cordon ombilical, j'ai lu avec un vif intérêt le rapport de M. le Dr Riant sur un ouvrage de M. le Dr Page, d'Édimbourg, qui se rapporte aux matières que j'ai traitées dans mon Mémoire.

J'ai vu non sans quelque surprise que l'auteur anglais, à l'aide de la théorie et d'expériences qu'il a faites sur des animaux, bat en brèche la doctrine de notre savant médecin légiste M. Tardieu, fruit aussi de l'observation et de l'expérience, et qui a été adoptée par la plupart des médecins qui sont chargés de faire des rapports en justice.

Les ecchymoses trouvées à la surface de certains organes et en particulier des poumons ne sont pas, d'après le Dr Page, spéciales à telle ou telle forme de mort par asphyxie ou apnée, mais communes à toutes.

Elles ne sont pas une preuve de la suffocation, comme l'a prétendu M. Tardieu.

C'est net et catégorique.

Il est curieux de lire l'observation, véritable point de départ, qui a engagé l'auteur anglais à entreprendre son travail et à faire naître des doutes dans son esprit relativement aux taches ecchymotiques dans la suffocation.

Un enfant nouveau-né avait été trouvé mourant, à moitié enterré dans les cendres sous le siège d'un cabinet d'aisances.

Appelé à donner son avis sur la cause probable de la mort de l'enfant, le Dr Page, s'appuyant sur l'*absence de signes de mort par suffocation*, sur ce que l'enfant avait survécu un certain temps après avoir été découvert, sur ce que les cendres trouvées dans les voies aériennes avaient pu pénétrer pendant les efforts pour respirer, sur la pâleur des tissus, sur l'état de vacuité du cœur et des vaisseaux, *enfin sur ce que le cordon n'était*

[1] Séance du 12 août 1878. Voir plus haut, p. 41.

pas lié et que du sang en quantité considérable avait été trouvé auprès du corps, a ainsi conclu devant le coroner :

La mort ne peut pas être attribuée à la privation d'air; elle résulte de l'hémorrhagie par le cordon, bien que l'examen démontre qu'il n'avait pas été coupé, mais arraché par la violence, et bien que le fragment resté au cadavre mesure 18 pouces (48 centimètres).

Je doute pour ma part que la mort puisse être attribuée dans ce cas à l'hémorrhagie, et comme Podère, comme Capuron, je suis porté à me demander si la perte de sang doit être regardée comme l'effet, non de l'omission de la ligature, mais des obstacles qui ont empêché ou supprimé la respiration et la circulation.

En somme, l'exemple me paraît mal choisi pour combattre la doctrine de l'éminent médecin légiste français, car s'il m'était permis de citer mes modestes travaux dans ces grands débats, je dirais que j'ai été le premier en France à établir, par des faits qui me sont propres et par des expériences, que les taches sous-pleurales ne se formaient pas sur les poumons lorsque dans l'asphyxie par suffocation il y avait hémorrhagie par le cordon ombilical.

L'observation de M. le Dr Page vient ici corroborer ma manière de voir et ajoute un fait de plus à ceux que j'ai observés.

Quant à la présence des taches ecchymotiques dans l'apnée (je ne répugne pas à employer ce mot) que M. Tardieu regarde comme spécifiques dans ce genre de mort, je déclare les avoir depuis longtemps trouvées dans l'asphyxie par suffocation, comme dans les cas d'enfouissement, d'occlusion des voies aériennes, de faiblesse congéniale.

Je les ai signalées dans un rapport médico-légal sur un cas d'infanticide à la date du 4 août 1842, par conséquent avant Bayard dont le *Manuel de médecine légale* n'a paru qu'en 1843, et où il cite subsidiairement, dans un des spécimens de rapports qu'il rattache à l'asphyxie par suffocation, les ecchymoses sous-pleurales.

Plus tard, en 1847, dans un Mémoire qu'il publia dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, tome XXXVII, page 443, il cite de nouveau ces taches comme se rencontrant chez les enfants qui ont succombé par suite de l'occlusion incomplète ou complète des voies aériennes.

Ce n'est, enfin, que le 1er mai 1853 que M. Tardieu a lu son Mémoire sur la mort par suffocation à l'Académie de médecine et a donné une haute signification aux taches sous-pleurales en médecine légale (*Bulletin de l'Académie de médecine, tome XX, page 897*).

Depuis cette époque, quelques auteurs avaient bien fait quelques réserves sur cette doctrine, mais elle était admise dans la science et adoptée dans sa généralité par les médecins appelés par la justice à résoudre ces difficiles problèmes.

M. le Dr Page, à l'aide de la théorie et de quelques expériences sur les animaux, vient combattre une doctrine basée aussi sur l'expérience et l'observation. Il déclare «que les ecchymoses trouvées à la surface de certains organes et en particulier du poumon ne sont pas spéciales à telle ou telle forme de mort par asphyxie ou apnée, mais communes à toutes».

«Elles ne sont pas une preuve de la suffocation, comme l'a cru M. Tardieu.»

Au milieu de cette controverse, sur des faits d'une importance extrême, lorsqu'il s'agit de conclure en Cour d'assises, la Société de médecine légale, qui affirme tous les jours son autorité, a rendu un service signalé à la science en décidant qu'une Commission spéciale serait chargée d'étudier la question *de la valeur et de la signification, en médecine légale, des ecchymoses sous-pleurales et d'en faire l'objet d'un rapport.*

S'il m'était permis de donner mon opinion dans cette espèce d'enquête, formulée du reste dans le Mémoire que j'ai l'honneur de vous transmettre avec ma lettre, je dirais que j'ai vu et constaté bien souvent les ecchymoses sous-pleurales dans l'apnée ou as-

phyxie par suffocation, ainsi que l'a si bien défini le savant médecin légiste de Paris, et que malgré mon habitude de noter tous les faits dans les nombreuses autopsies judiciaires que j'ai pratiquées pendant une période de quarante-quatre ans, je n'ai pas constaté ces taches dans les asphyxies par pendaison, strangulation et submersion.

Je serais heureux, Monsieur et honoré collègue, si mes observations pouvaient avoir quelque intérêt dans la grave et importante question soumise à la Société de médecine légale.

Si, surtout, vous trouviez convenable de soumettre cette lettre à la Commission qui a été nommée dans la séance du 9 mars 1874.

Agréez, etc.

CAUSSÉ.

DEUXIÈME LETTRE.

A Monsieur le Dr GALLARD, *secrétaire général de la Société de médecine légale de Paris.*

Je viens vous prier *instamment* de vouloir bien me faire savoir si vous avez remis, en temps et lieu, à M. le Dr Legroux, rapporteur de la Commission nommée par la Société de médecine légale, pour étudier la question importante des taches sous-pleurales :

1° Une lettre détaillée que j'eus l'honneur de vous adresser à ce sujet, en votre qualité de secrétaire général de la Société, dans le mois de juillet 1874, avec prière de la remettre à la Commission nommée dans la séance du 9 mars de cette année.

A cette lettre était joint un exemplaire de mon Mémoire sur l'asphyxie par suffocation, et des rapports de ce genre de mort violente avec l'hémorrhagie du cordon ombilical.

Ce Mémoire a, du reste, été imprimé dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* tome XXXII, page 122, nouvelle série.

Tardieu le cite même avec éloge dans son étude médico-légale sur la pendaison, page 250, et le considère comme d'un très grand intérêt pour l'histoire de l'infanticide.

2° Une lettre sur le même sujet, à la date de juillet 1878.

N'ayant pas eu l'honneur de recevoir une réponse sur la réception de ces lettres, j'ai, toutefois, lieu d'être étonné que le savant rapporteur Dr Legroux, qui doit avoir fait de nombreuses recherches pour constituer son rapport plein d'érudition, n'ait pas jeté les yeux sur mon travail publié dans les *Annales* de 1869.

Il y aurait vu que ce n'est pas Bayard qui, *le premier,* a consigné la présence des ecchymoses sous-pleurales chez un nouveau-né, puisque son *Manuel pratique de médecine légale* est de 1844, alors que j'avais parlé de leur existence dans un cas de mort d'un enfant par suffocation, parfaitement établie, *à la date du 4 août 1842,* page 24 de mon Mémoire et page 145 des *Annales.*

Si M. le Dr Legroux a reçu la première lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser en 1874, ainsi que j'ai lieu de le croire, il y aurait vu que mon expérience personnelle, qui date, hélas! de trop loin, m'a porté à soutenir la doctrine de l'éminent médecin légiste français relativement à l'asphyxie par suffocation sainement interprétée.

Il est bon aussi de rappeler qu'à l'époque où elle a été émise par M. Tardieu, elle a eu pour témoins des médecins distingués: MM. Rouget et Boulard, alors prosecteurs de la Faculté; Binet, interne, plein de mérite, et Lande fils, élève distingué des hôpitaux.

M. le Dr Legroux aurait vu encore que, dans cette lettre, je blâme comme mal choisie l'observation du Dr Page, d'Édimbourg, pour établir que les taches sous-pleurales ne se forment pas toujours dans l'asphyxie par suffocation; car, dans ce cas, il y avait eu une forte hémorrhagie, et *le premier* j'ai démontré l'absence de ces taches dans ces circonstances, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant mon travail sur l'asphyxie par suffo-

cation, etc. etc., et l'appréciation qui en a été faite dans la revue obstétricale insérée dans l'*Union médicale* par le Dr Granier (14 mai 1870).

Depuis cette époque, un grand nombre de médecins légistes français et étrangers sont venus corroborer par leur expérience et leurs observations la doctrine du maître.

J'ai, en effet, entre les mains le volume II de la *Biblioteca* médico-légale, que viennent de publier à Pise (1877) les Drs Bellini et Filippi, où je vois que ces auteurs citent, page 216: *Nei pulmoni punteggiature ecchimotiche sotto pleurali come segno pathonomonico,* de l'asphyxie par suffocation. Il n'est pas question de ce signe dans les autres genres d'asphyxie.

J'ai aussi à relever ce fait dans le travail de M. le Dr Legroux, qui semble mettre en relief, avec un certain soin, toutes les opinions contradictoires à la doctrine de Tardieu et laisse dans l'ombre celles qui lui sont favorables, ou mieux n'en parle pas.

Parmi les contradicteurs il cite les Drs Liman (de Berlin), Desgranges (de Bordeaux), que M. Tardieu cite à son tour et se fait fort de son adhésion à sa doctrine (*Étude médico-légale sur la pendaison,* page 293), Page (d'Édimbourg), Girard (de Grenoble), Pinard, Édouard Hoffmann, Brouardel, Grosclaude, Lacassagne et jusques à Georges Bergeron et Montano, qui dans des faits de submersion ont trouvé, dit-il, des ecchymoses sous-pleurales.

Puis viennent des expériences sur des chiens.

J'ai été curieux de lire dans le Mémoire de MM. Georges Bergeron et Montano, sur la submersion, ce que ces auteurs disent des taches sous-pleurales dans ce genre de mort.

Je cite textuellement:

«Il y a toujours un certain degré de congestion et quelquefois des ecchymoses sous-pleurales; mais les ecchymoses qui donnent aux poumons un aspect tigré *n'ont jamais* l'apparence des ecchymoses ponctuées de la suffocation. Le signe donné par Tardieu comme caractérisant ce dernier genre de mort *conserve donc toute sa valeur et nos expériences viennent le confirmer.*» *Annales,* tome XLVIII, page 371 (nouvelle série).

Ainsi donc les assertions du Dr Lacassagne, invoquées par le Dr Legroux, sont erronées.

C'est en vain que j'ai cherché dans le rapport de M. le Dr Legroux les observations et *les noms* des médecins légistes qui, forts de leur expérience personnelle, sont d'un avis contraire.

Il me semble que, dans toute enquête, on doit signaler les opinions pour ou contre, de manière à juger en connaissance de cause.

Or, c'est ce que M. le Dr Legroux n'a pas fait.

Quoi qu'il en soit, je viens vous prier, Monsieur le Secrétaire général, de déposer cette lettre, comme celles que j'ai eu l'honneur de vous écrire en 1874 et 1878, si vous ne l'avez déjà fait, sur le bureau de la Société de médecine légale, à laquelle je suis fier d'appartenir; j'aime à croire que ces lettres n'ont pu s'égarer dans vos cartons, comme dans les mains du rapporteur de la Commission, si elles lui ont été remises, ce que j'ignore.

Ce sera le seul moyen que j'aurai de protester contre l'oubli qu'on a fait des modestes travaux d'un médecin de province qui s'occupe de médecine légale depuis cinquante ans environ, et qui, à ce titre, ont droit à une bienveillante attention.

Agréez, etc. CAUSSÉ.

TROISIÈME LETTRE.

A Monsieur le Secrétaire général et très honoré Collègue.

Je vous suis très reconnaissant d'avoir mis sur le bureau de la Société de médecine légale mes lettres relatives aux ecchymoses sous-pleurales.

J'ai une rectification à faire au sujet de ma dernière lettre.

J'ai dit dans cette lettre que les assertions de M. le Dr Lacassagne, invoquées par M. le Dr Legroux, étaient erronées. Je n'avais pas alors dans mes mains le *Précis de médecine judiciaire* du savant professeur agrégé au Val-de-Grâce. Je me le suis procuré depuis cette époque, et je l'ai lu avec le plus grand intérêt et profit.

Or, voici ce qu'il dit; il cite MM. les Drs Georges Bergeron et Montano qui ont trouvé des taches sous-pleurales dans l'asphyxie par submersion; mais il a eu soin d'ajouter que ces auteurs, en parlant de ces taches qui donnent aux poumons un aspect tigré, ont constaté qu'elles *n'ont jamais l'apparence des ecchymoses ponctuées de la suffocation.*

M. le Dr Lacassagne a été exact dans sa citation, tandis que M. le Dr Legroux s'est contenté de dire, dans son rapport, que MM. Georges Bergeron et Montano avaient trouvé des ecchymoses sous-pleurales dans la submersion, sans parler du correctif de nos confrères; de là mon erreur, dont je demande grâce à M. le Dr Lacassagne.

J'ai lu dernièrement dans l'*Union médicale* les trois articles de notre savant maître M. le Dr Devergie sur les expertises médicales; je les ai communiqués aux membres du parquet qui désirent tous, comme moi, que les appréciations de notre éminent médecin légiste soient répandues et dans le monde médical et dans la magistrature.

Veuillez agréer, etc. CAUSSÉ.

NOTE DE M. LE Dr LEGROUX.

M. le Dr Severin Caussé, d'Albi, membre correspondant de la Société de médecine légale, a adressé, à l'occasion de la nomination par cette Société de la Commission des ecchymoses sous-pleurales et du rapport que j'ai lu, une brochure intitulée : *De l'asphyxie par suffocation et des rapports de ce genre de mort avec l'hémorrhagie du cordon ombilical*, et, de plus, plusieurs lettres datées du 20 juillet 1874, du 2 octobre et du 7 décembre 1878.

Ce travail et ces lettres ont pour but :

1° D'établir la priorité de la constatation des taches sous-pleurales dans l'asphyxie, priorité que M. Caussé tend à s'approprier;

2° De faire savoir que M. Caussé partage absolument la doctrine de Tardieu, et que le rapport lu à la Société de médecine légale a négligé volontairement de citer les noms de ceux qui adhèrent à cette doctrine, alors qu'il relève avec soin tous les noms de ceux qui s'en écartent et la considèrent comme trop absolue et par conséquent dangereuse en médecine légale;

3° Enfin, de discuter le fait scientifique, d'en chercher l'explication et de maintenir que les taches de Tardieu sont bien réellement le signe anatomique de la suffocation.

Ces documents m'ont été remis en temps et lieu par notre secrétaire général. J'ai lu les uns lorsque je me suis occupé des recherches nécessaires à la rédaction de mon rapport, et j'ai pris connaissance des autres après la lecture de mon rapport, pour pouvoir répondre à quelques points soulevés par notre très estimé collègue M. le Dr Caussé.

De son Mémoire, je vous parlerai peu; vous le connaissez [1]. L'auteur y démontre que dans l'infanticide par l'asphyxie produite par la suffocation, les signes donnés par Tardieu comme caractéristiques de cette mort (taches sous-pleurales des poumons) peuvent manquer lorsque, dans des circonstances données, exceptionnelles, une hémorrhagie vient à se faire jour au moment de l'asphyxie par le cordon ombilical, mal lié ou simplement coupé ou arraché. Dès lors, l'auteur se demande s'il ne faut pas invoquer d'autres signes que les ecchymoses sous-pleurales, tels que violences et ecchymoses autour de la bouche, coloration violacée des lèvres, etc., pour établir l'infanticide.

[1] *Annales d'hyg. et de méd. légale*, 2e série, 1868, t. XXXI.

En cela, M. Caussé se trouve en rapport avec l'opinion que nous avons défendue dans notre travail, à savoir que le médecin légiste doit s'entourer de toutes les preuves matérielles, anatomiques du crime, et ne pas s'en rapporter exclusivement à une lésion unique, parce que cette lésion peut manquer et qu'alors elle cesse d'être pathognomonique de la suffocation.

Partisan de la doctrine de Tardieu, M. Caussé cherche donc à démontrer ce fait, que les taches sous-pleurales peuvent manquer lorsqu'une hémorrhagie par le cordon a eu lieu, et il produit plusieurs observations médico-légales et une expérience sur cinq petits chiens nouveau-nés, qu'il a suffoqués en même temps qu'on leur ouvrait l'artère crurale. Je ne veux pas discuter maintenant la valeur de ces observations ou expériences, bien qu'il serait facile de faire valoir que les enfants ou les chiens dont il est question sont peut-être morts bien plus par hémorrhagie et syncope que par suffocation ou strangulation.

Je ne veux, en ce moment, qu'indiquer que M. Caussé, dans ce Mémoire, a étudié à ce point de vue restreint la question des ecchymoses sous-pleurales, et c'est ce qui explique que je n'ai pas fait mention particulière de ses opinions dans le rapport que je vous ai présenté. Tout au plus aurais-je dû, ajouterai-je, pour satisfaire au légitime désir exprimé par M. Caussé de se voir compté au nombre des partisans de la doctrine de Tardieu, le citer parmi ceux qui ont vu, signalé des premiers l'existence de taches sur les poumons d'enfants suffoqués, ainsi qu'il le déclare dans sa brochure et qu'il le revendique dans ses lettres.

C'est ici qu'intervient la question de priorité. M. Caussé, en effet, dans un rapport médico-légal du 4 août 1842, nota l'existence de *plusieurs ecchymoses sous-pleurales* dans un cas d'asphyxie opérée par *pression sur la bouche et surtout à la région antérieure du cou*. Si, de son côté, M. Caussé, à Albi, signalait sommairement les taches sous-pleurales sans leur assigner de signification, un autre médecin légiste les avait, avant M. Caussé, relevées dans un rapport daté de 1841, et qu'il publia dans son *Manuel de médecine légale* en 1843, toujours sans leur assigner une valeur précise, mais sur lesquelles il revint en 1847 avec la préoccupation évidente qu'il y avait là une lésion en rapport avec l'asphyxie. Ceci explique qu'à la page 14 de mon rapport je n'aie cité que Bayard comme ayant signalé ces lésions le premier.

S'il est juste cependant de dire que M. Caussé (1842), presque en même temps que Bayard (1841), notait l'existence d'ecchymoses sous-pleurales, il ne serait pas équitable de leur en attribuer la découverte, car je retrouve dans le traité de médecine légale de notre éminent et savant collègue, M. Devergie, deux observations[1], dont l'une, du 6 septembre 1836, indique l'existence des taches rosées disséminées sur le fond violacé du poumon, et dont l'autre, plus précise, du 2 août 1838, mentionne que la surface des poumons était *tachetée de petites ecchymoses superficielles arrondies de une ligne à une ligne et demie de diamètre*.

Si donc on voulait faire une gloire de la constatation d'une lésion dont on n'avait pas, avant Tardieu, cherché à préciser la valeur médico-légale, nous dirions : 1° qu'à M. Devergie appartient la première publication de cette lésion, comme ayant une signification corroborante d'autres signes d'asphyxie; 2° que M. Bayard a signalé les taches sous-pleurales en 1841 dans un rapport sur un cas d'infanticide; 3° que M. Caussé les a également constatées en 1842, et que par conséquent l'une de ses réclamations ne nous semble pas fondée. Et nous maintiendrons qu'avant Tardieu (1855) cette lésion n'avait pas encore pris la valeur qu'il a voulu lui attribuer comme moyen distinctif de l'asphyxie par suffocation.

Le deuxième point qui ressort des communications de notre honorable correspondant d'Albi me touche plus directement, puisqu'il me reproche de ne pas avoir cité

[1] Obs. 9 et 10, p. 492 et 493, t. Ier de l'édition de 1852.

ceux qui viennent renforcer, s'il est possible, l'opinion de M. Tardieu. Mais je pense pouvoir apaiser facilement l'irritation qui se révèle dans sa lettre du 2 octobre, en lui disant que je n'ai nullement eu le parti pris de passer son nom sous silence, ce qui eût été scientifiquement malhonnête, mais que la doctrine dont je cherchais à démontrer le dangereux absolutisme appartenant à Tardieu exclusivement, c'est contre Tardieu que j'accumulai mes arguments, sans me croire obligé de citer les noms de tous ceux (ils seraient trop nombreux) qui ont accepté et partagent encore les opinions du maître, tandis que j'avais soin et en même temps intérêt, pour la défense de mon opinion, à grouper tous les auteurs qui aujourd'hui combattent la théorie absolue des ecchymoses sous-pleurales. Mon respecté confrère d'Albi, dont j'apprécie très haut les consciencieux travaux, voudra bien reconnaître que dans mon argumentation je me suis tenu dans la conception la plus générale de la valeur des ecchymoses sous-pleurales et que, si j'avais voulu discuter tous les points de détails, l'infanticide en particulier, les hémorrhagies par le cordon, j'aurais été entraîné infiniment trop loin. D'ailleurs, plusieurs thèses très importantes, tant par les recherches bibliographiques nombreuses que par le soin avec lequel les différentes opinions des auteurs, celles de M. Caussé en particulier, sont discutées, ont été soutenues à la Faculté d'après mon rapport : je citerai seulement les travaux de MM. Dechoudans et Vicq[1].

Mon honoré confrère me reproche également de n'avoir pas, en citant le travail de Bergeron et Montano sur la submersion, donné exactement l'opinion de ces deux auteurs relativement à la valeur des ecchymoses sous-pleurales. J'ai dit, ce qui est exact, de MM. Bergeron et Montano qu'ils avaient trouvé des ecchymoses dans la submersion : cela suffisait pour moi. Il y a des ecchymoses ponctuées, tigrées, lenticulaires, en coup d'ongle, de petites ecchymoses enfin : donc la lésion, l'ecchymose, quelle que soit sa forme, sa dissémination, sa disposition, peut se rencontrer ailleurs que dans l'asphyxie par suffocation. C'est tout ce que je veux prouver, car je n'ai d'autre but que de démontrer que la loi absolue, fatale de M. Tardieu, peut conduire à des erreurs judiciaires très redoutables. Si la distinction des ecchymoses qui ont la suffocation pour cause repose uniquement sur l'aspect granité, ou ponctué, ou en semis du poumon, je dis que cette distinction est trop subtile, trop délicate pour qu'on en puisse faire un signe absolu.

Le troisième point qui se dégage de la correspondance de M. Caussé est relatif au fait en lui-même, à la valeur des taches de M. Tardieu. J'ai présenté dans mon rapport les observations qui me paraissaient et ont paru également à la Société et au Congrès de Médecine légale, infirmer dans une certaine mesure la doctrine de M. Tardieu : je ne reviendrai pas à cette discussion que M. le Dr Caussé retrouvera enrichie de réflexions nouvelles, de faits importants, de discussions approfondies sur la présence des ecchymoses dans la suffocation, la pendaison, la submersion, etc., dans les deux thèses que j'ai citées plus haut, et surtout dans celle de M. Dechoudans, thèses dont les conclusions sont conformes à celles qui terminent mon rapport.

Je propose à la Société de médecine légale de conserver, pour les annexer au dossier de cette importante question des ecchymoses sous-pleurales qui reviendront sous peu à l'ordre du jour des séances de cette Société, la brochure de M. Caussé et les parties de ses lettres dans lesquelles il discute avec sagacité les expériences de Page d'Édimbourg.

[1] Dechoudans (août 1878), *Contribution à l'étude des ecchymoses sous-pleurales, surtout au point de vue médico-légal.* — G. Vicq (novembre 1878), *Contribution à l'étude médico-légale et pathogénique des ecchymoses sous-pleurales.*

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Arrêté du Ministre de l'agriculture et du commerce autorisant le Congrès. . . . 1

Organisation du Congrès. 2

Programme provisoire des questions à examiner par le Congrès. 3

Règlement général du Congrès. 3

Liste générale des adhérents 5

Composition du bureau du Congrès. 10

PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES.

Séance du lundi 12 août 1878. 13

Sommaire. — Discours de M. Devergie, président. — Communication de M. Gallard, secrétaire général. — Des experts en justice, par M. Devergie; discussion : MM. Daremberg, Devergie, Gubler, Laborde, Léon, Galippe, de Grósz. — Sur l'organisation du service médico-légal en Hongrie : M. de Grósz. — Sur le choix des experts : MM. Vleminckx, Vigneau, Gallard, Paris. — Vœu proposé par M. Devergie; renvoi à la Société de médecine légale. — Proposition de M. Jeannel, ayant pour but de consacrer aux études anatomiques les cadavres des suppliciés; discussion : MM. Lacassagne, Gubler, Devergie. — Législation relative aux aliénés en Hongrie, par M. de Grósz. — La valeur et la signification médico-légale des ecchymoses sous-pleurales, par M. Legroux; discussion : MM. Gubler, Legroux, Laborde, Vleminckx, Laforest, Chantreuil, Lacassagne, Devergie, Gallard, Comby, de Grósz; renvoi d'un vœu à la Société de médecine légale.

Séance du mardi 13 août 1878. 81

Sommaire. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — L'intervention du médecin légiste dans les questions de blessures, plaies et surtout fractures du crâne, par M. le Dr Louis Penard; discussion : MM. Laborde, Devergie, Penard. — Communication de M. le Dr A. Vigneau. — Caractères fournis par la pupille, par M. Gauché. — Sur l'état des paupières après la mort, au point de vue médico-légal, par M. le Dr Galezowski; observations de M. Devergie.

Séance du mercredi 14 août 1878. 171

Sommaire. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Communications de M. Gallard, secrétaire général. — Considérations médico-légales sur l'emploi des anesthésiques, par M. le Dr Lutand; discussion : MM. Rottenstein, Lacassagne, Comby, Gallard, Legroux, Lutand, Devilliers. — Conditions de la vitalité des spermatozoïdes, au point de vue de la fécondation, par M. le Dr Mandl; discussion : MM. Devilliers, Chantreuil. — Essai sur les applications de la linguistique à la médecine légale, par M. le Dr F. Vincent; discussion : MM. Comby, Lagneau, Gallard. — Sur la viabilité, par M. le Dr Chantreuil; discussion : MM. De-

Pages.

villiers, Chantreuil, Gallard, Chaudé. — De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne *post mortem*, par M. le Dr Thévenot; discussion : MM. Devilliers, Thévenot, Chantreuil, Chaudé, Gallard, Comby, Lutaud. — Remarque sur la transmission des maladies vénériennes considérée comme motif de séparation de corps, par M. le Dr G. Lagneau. — Clôture du Congrès. Allocution de M. Devilliers, président.

ANNEXES.

Annexe n° 1. Projet d'un concours à instituer pour l'admission aux fonctions de médecin légiste près la Cour de cassation, les Cours d'appel et les tribunaux de première instance, par M. le Dr Paris. 249

Annexe n° 2. Réponse aux objections soulevées dans le Congrès de Médecine légale à la proposition de consacrer aux études anatomiques les cadavres des suppliciés. — Examen de la question des lois répressives du suicide, par M. le Dr Jeannel, professeur à la Faculté libre de Lille. 254

Annexe n° 3. De la valeur médico-légale des ecchymoses sous-pleurales. — Question de priorité; rectifications à propos du rapport lu au Congrès de Médecine légale, par M. Legroux, médecin des hôpitaux de Paris 264